

FORMULAR ZUR ERFASSUNG VON SCHWANGERSCHAFTEN

Meldende Person					
Name der meldenden Person:					
Adresse:					
Telefon:		Fax:			
Patienten-Daten					
Patienten-Initialen:	Geburtsdatum:	Ethnische Zugehörigkeit:			
		<input type="radio"/> Weiß <input type="radio"/> Afro-amerikanisch <input type="radio"/> Asiatisch			
		<input type="radio"/> Andere, bitte angeben:			
Information über Partner des Patienten/der Patientin		<input type="radio"/> Nicht zutreffend			
Geburtsdatum:	Ethnische Zugehörigkeit:				
	<input type="radio"/> Weiß <input type="radio"/> Afro-amerikanisch <input type="radio"/> Asiatisch				
	<input type="radio"/> Andere, bitte angeben:				
Patienten-Therapie					
Chargen-Nr.:	Ablaufdatum:	Dosierung:	Häufigkeit:	Anwendungsart:	
Therapiebeginn:		Therapieende:			
Indikation:					
Zytogenetische Abnormalitäten:		<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja Wenn ja, bitte detailliert angeben:		
Derzeitige Schwangerschaft					
Datum der letzten Menstruation:		Errechneter Geburtstermin:			
Schwangerschaftstest	Referenzbereich	Datum			
Urin qualitativ					
Serum quantitativ					

Pränatale Tests	Datum	Ergebnis	
Ultraschall			
Ultraschall			
Ultraschall			
Fruchtwasseruntersuchung			
Mütterliches Serum-Alpha-Fetoprotein			
Frühere Schwangerschaften			
Anzahl früherer Schwangerschaften:	Anzahl Geburten mit normaler Schwangerschaftsdauer:	Anzahl Frühgeburten:	
Datum der letzten Schwangerschaft:			
Anzahl Totgeburten:	Anzahl lebender Kinder:	Anzahl Schwangerschaftsabbrüche:	
		gewollt:	spontan:
Art der Geburt:			
vaginal:	Kaiserschnitt:	Anmerkungen:	
Gab es bei früheren Schwangerschaften Geburtsfehler?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Unbekannt
Wenn ja, bitte detailliert angeben:			
Gab es eine Totgeburt oder einen Abortus bei vorangegangenen Schwangerschaften?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Unbekannt
1) Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____Woche			
2) Wurde ein Geburtsfehler diagnostiziert? Bitte detailliert angeben:			
Relevante medizinische Historie			
Krebs <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, bitte detailliert angeben:	Diagnose	Datum der Diagnose	

Soziale Historie								
Alkohol <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, konsumierte Menge/Einheiten pro Tag:								
Tabak <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja			Gelegentlicher Drogen- oder intravenöser (IV) Konsum: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, detailliert angeben:					
Familien-Historie: angeborene Anomalien <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, detailliert angeben:								
Medikation/Behandlung (inklusive pflanzlicher, alternativer, OTC und diätetischer Präparate) während der Schwangerschaft								
Medikament			Therapiebeginn		Therapieende / weiterführend		Indikation	
Unerwünschte(s) Ereignis(se) während der Schwangerschaft								
Ereignis	Schwerwiegend		Schweregrad ¹	Beginn	Ende	Kausaler Zusammenhang mit Lenalidomid-haltigen Produkten		
	Nein	Ja				Ja	Nein	Wenn nein, welche Medikamente, Krankheitsverläufe etc. haben bei diesem Ereignis eine Rolle gespielt?

Schweregrad des Ereignisses: (1) tödlich, (2) lebensbedrohend, (3) stationäre Behandlung oder deren Verlängerung, (4) bleibende oder schwerwiegende Behinderung oder Invalidität, (5) kongenitale Anomalie/Geburtsfehler, (6) anderer medizinisch bedeutsamer Zustand oder anderes medizinisch bedeutsames Ereignis

 Unterschrift der meldenden Person

 Datum