

1. Informacje o kobiecie w ciąży

Rodzic przyjmujący lek

 Matka Ojciec*

*Jeśli osobą przyjmującą lek był ojciec dziecka, proszę dodać do raportu (w polu poniżej) informacje o czasie przyjmowania leku oraz istotne dane z wywiadu chorobowego ojca.

 Data urodzenia / wiek

 Inicjały

 Zawód matki

 Zawód ojca
Wypełnia specjalista ds. bezpieczeństwa leków

Data otrzymania raportu _____

Czy ten raport podlega procedurze szybkiego zgłaszania?

 Tak Nie

2. Istotny wywiad chorobowy (czynniki ryzyka ciąży, palenie, alkohol, leczenie bezpłodności itp.)

3. Poprzednie ciąży (proszę podać ich ilość)

Liczba wszystkich <input type="checkbox"/>	Prawidłowe rozwiązanie <input type="checkbox"/>	Poronienie spontaniczne <input type="checkbox"/>	Inne <input type="checkbox"/>
			Wyszczególnij _____

4. Obecna ciąża

 Data ostatniej menstruacji (jeśli znana)

 Przewidywana data porodu

 Czy pacjentka stosowała hormonalne środki antykoncepcyjne w okresie zapłodnienia? Tak Nie

 Jeśli 'Tak', proszę podać jakie

5. Leki przyjmowane podczas ciąży: Podać nazwę handlową jeśli znana	Dawka dobową, jednostki i częstość podania	Droga podania	Wskazanie	Data pierwszego podania	Data ostatniego podania

6. Dodatkowy komentarz:

7. Dane osoby zgłaszającej

 Nazwisko

 Numer telefonu

 Podpis osoby zgłaszającej

 Data

 Adres

 Zawód
 Lekarz Farmaceuta
 Inny (Jaki?) _____

Uwaga: Trzy tygodnie po przewidywanym terminie rozwiązania otrzyma Pani/Pan drugą część raportu ciążyowego z prośbą o jej wypełnienie.

Proszę przesłać do: AstraZeneca Pharma Poland Sp. z o.o., ul. Postępu 18, 02-672 Warszawa lub na faks nr: +22 874 35 55

SOP-330-PL T01 Formularz raportu ciążyowego cz.I

Wersja 2, 5 Luty 2009

1. Informacje o matce

 Data urodzenia / wiek Inicjały

 Przyjmowany lek
Wypełnia specjalista ds. bezpieczeństwa leków

Data otrzymania raportu _____

Czy ten raport podlega procedurze szybkiego zgłaszania?

 Tak Nie

2. Rozwiązanie ciąży

 O czasie

 Przedwczesne Jeśli "Przedwczesne", proszę podać wiek ciąży tygodni
 Poronienie samoistne

 Planowane cięcie cesarskie Czy zalecane przez lekarza prowadzącego? Tak Nie

Jeśli tak, proszę uszczegółowić

 Obumarcie płodu

 Czy matka doświadczyła podczas ciąży jakichkolwiek incydentów medycznych? Tak Nie

Jeśli tak, proszę poniżej opisać incydent(y), powikłania, zakażenia, choroby oraz wymienić stosowane produkty lecznicze.

3. Szczegóły dotyczące porodu

 Zdrowe dziecko

 Powikłania u noworodka Szczegóły
 Wady wrodzone Szczegóły
 Poród martwego płodu Dodatkowy komentarz
 Poród mnogi Proszę podać ilość

 Data urodzenia Waga dziecka Płeć M K
(poronienia itp.)

Proszę podać szczegółowe informacje dotyczące wszelkich komplikacji czy nieprawidłowości mających miejsce w czasie ciąży lub porodu. Proszę podać objawy, diagnozę, rezultaty badań i ewentualną przyczynę komplikacji/nieprawidłowości.

 Jeśli miało miejsce zdarzenie niepożądane, czy uważa Pani/Pan, że możliwy jest związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy produktem leczniczym przyjmowanym w czasie ciąży a zaistniałym zdarzeniem? Tak Nie

 Jeśli tak, proszę podać lek i przyczynę

4. Dane osoby zgłaszającej

 Nazwisko

 Numer telefonu

 Podpis osoby zgłaszającej

 Data

 Adres osoby zgłaszającej

Kod pocztowy

 Zawód Lekarz Farmaceuta Inny (Jaki) _____