

Formular zur Erfassung einer Pomalidomid-Exposition in der Schwangerschaft (Ausgang der Schwangerschaft)

☐ Erstbericht ☐ Folgebericht ☐ Abschließender Bericht Datum: TT MM JJJJ

Meldende Person

Name:			
Anschrift:			
Land:		Telefon:	
Fax:		E-Mail:	

☐ Arzt (Fachrichtung:.....) ☐ Krankenschwester ☐ Apotheker ☐ Andere medizinische Fachkraft:.....

Angaben zur Patientin / Partnerin eines männlichen Patienten

Initialen:		Geburtsdatum:	TT	MM	JJJJ	Alter:	
------------	--	---------------	----	----	------	--------	--

Angaben zum männlichen Patienten

Initialen:		Geburtsdatum:	TT	MM	JJJJ	Alter:	
------------	--	---------------	----	----	------	--------	--

Art der Exposition

Patientin: ☐ Nein ☐ Ja Partnerin eines männlichen Patienten: ☐ Nein ☐ Ja
☐ Andere:.....

Ausgang der Schwangerschaft

Gestationsalter bei Geburt:

Ist das Neugeborene am Leben? ☐ Ja ☐ Nein

Falls nicht, bitte erläutern:

Spontanabort: ☐ Ja ☐ Nein Datum: TT / MM / JJJJ Schwangerschaftswoche:..... Autopsie: ☐ Ja ☐ Nein

Fehlbildung diagnostiziert: ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, bitte angeben:

Schwangerschaftsabbruch: ☐ Ja ☐ Nein Datum: TT / MM / JJJJ Schwangerschaftswoche:..... Autopsie: ☐ Ja ☐ Nein

Fehlbildung diagnostiziert: ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, bitte angeben:

Grund für den Abbruch (d. h. persönlich, medizinisch, Fehlbildungsdiagnose ...):

Intrauteriner Fruchttod: ☐ Ja ☐ Nein Datum: TT / MM / JJJJ Schwangerschaftswoche:..... Autopsie: ☐ Ja ☐ Nein

Fehlbildung: ☐ Ja ☐ Nein Details:

Mögliche Erklärung (bitte genau angeben):

Ektopre Schwangerschaft: ☐ Ja ☐ Nein

Entbindung (nur auszufüllen, falls das Neugeborene am Leben ist)

Datum: TT / MM / JJJJ Schwangerschaftswoche:

Art der Entbindung: ☐ Normal ☐ Eingeleitet ☐ Kaiserschnitt

Fetaler Distress (Asphyxie): ☐ Ja ☐ Nein ☐ Chronisch ☐ Akut

Normale Plazenta ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Bemerkungen:

Formular zur Erfassung einer Pomalidomid-Exposition in der Schwangerschaft (Ausgang der Schwangerschaft)

Angaben zum Neugeborenen

Geschlecht: ☐ W ☐ M Gewicht (g): Größe (cm): Kopfumfang (cm):
 Frühgeburt: ☐ Ja ☐ Nein Dysmaturität: ☐ Ja ☐ Nein APGAR:..... 1 min 5 min 10 min
 Fehlbildung: ☐ Ja ☐ Nein Bitte genau angeben:
 Erkrankung des Neugeborenen: ☐ Ja ☐ Nein Bitte genau angeben:
 Unmittelbares Ergebnis: Nachuntersuchung des Kindes durch:
 Stillen: ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Angaben

Schwangerschaftsverlauf

Exposition(en): ☐ Tabak Zigaretten / Tag ☐ Alkohol Menge / Tag ☐ Drogenabhängigkeit
 Bitte genau angeben: Andere:
 Erkrankung(en) während der Schwangerschaft: ☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Infektionen
 Bitte genau angeben: Andere:
 Krankenhausaufenthalte während der Schwangerschaft: ☐ Ja ☐ Nein Warum?
 Pränatale Diagnose: ☐ Ja ☐ Nein
 Ultraschalluntersuchungen: Daten und Ergebnisse: (Bitte fügen Sie die Ergebnisse der Ultraschalluntersuchungen bei.)
 Andere spezifische Tests (z.B. Amniozentese, Alpha-Fetoprotein im mütterlichen Serum) – Ergebnisse:
 Retardiertes Wachstum im Uterus: ☐ Ja ☐ Nein

Pomalidomid STADA Hartkapseln (Pomalidomid)

Indikation:
 Dosierung:

Therapiebeginn

TT / MM / JJJJ

Therapieende

TT / MM / JJJJ

Tagesdosis

☐ 4 mg ☐ Andere..... mg

Chargennummer

Verfalldatum

Begleitmedikation(en) der Schwangeren

Medikament, Stärke, Darreichungsform (z. B. 5-mg-Tablette)	Dosierung & Art der Anwendung	Therapiebeginn	Therapieende	Kausal- zusammenhang? 1 = Ja, 2 = Nein	Indikation
		TT / MM / JJJJ	TT / MM / JJJJ		
		TT / MM / JJJJ	TT / MM / JJJJ		
		TT / MM / JJJJ	TT / MM / JJJJ		
		TT / MM / JJJJ	TT / MM / JJJJ		
		TT / MM / JJJJ	TT / MM / JJJJ		

Meldung

Titel und Name:

Datum:

Unterschrift:

Praxisstempel:

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig aus und senden Sie es unverzüglich an:

STADAPHARM GmbH, Stadastraße 2-18, D-61118 Bad Vilbel,

Telefon: 06101-603-0, Fax: 06101-603-259, E-Mail: info@stada.de, www.stada.de