

ΦΟΡΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΥΗΣΗΣ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑ			
Όνοματεπώνυμο:		Επάγγελμα:	
Διεύθυνση:		Πόλη, Χώρα:	
Τηλ.:	Fax:	Email:	
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ			
Αρχικά Ασθενούς:		Ηλικία:	Ημ/νία γέννησης:
ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΑΝΔΡΑ ΑΣΘΕΝΗ			
Αρχικά:		Ηλικία:	Ημ/νία γέννησης:
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ: ΚΑΨΑΚΙΑ ΛΕΝΑΛΙΔΟΜΙΔΗΣ			
Αριθμός Παρτίδας:	Ημερ. Λήξης:	Δόση:	Συχνότητα:
Ημερομηνία έναρξης της θεραπείας:		Ημερομηνία λήξης της θεραπείας:	
Ενδείξεις σχετικά με τη χρήση:			
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ			
		Ναι	Όχι
Έχει η ασθενής απευθυνθεί σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο;			
Εάν ναι, παρακαλώ σημειώστε το όνομα του/της και τα στοιχεία επαφής			
ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΥΗΣΗΣ			
		Ναι	Όχι
Θεωρήθηκε λανθασμένα ότι η ασθενής δεν είχε δυνατότητα τεκνοποίησης			
Εάν ναι, δηλώστε την αιτία για την οποία θεωρήθηκε ότι δεν είχε δυνατότητα τεκνοποίησης			
1. Ηλικία ≥ 50 ετών και φυσιολογικά αμμηνοροϊκή για ≥ 1 έτος			
2. Πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια, επιβεβαιωμένη από ειδικό γυναικολόγο			
3. Προηγούμενη αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοωθηκεκτομή ή υστερεκτομή			
4. ΧΥ γονότυπος, σύνδρομο Turner, αγενεσία της μήτρας			

Από τον παρακάτω κατάλογο επιλέξτε το είδος της αντισύλληψης που χρησιμοποιήθηκε		Ναι	Όχι
1. Εμφύτευμα			
2. Ενδομητρικό σύστημα (intrauterine system, IUS) απελευθέρωσης λεβονοργεστρέλης			
3. «Αποθήκη» οξικής μεδροξυπρογεστερόνης			
4. Σαλπιγγική στείρωση (προσδιορίστε παρακάτω)			
I. Σαλπιγγική απολίνωση			
II. Σαλπιγγική διαθερμία			
III. Σαλπιγγική απόφραξη με κλιπς			
5. Σεξουαλική επαφή μόνο με άνδρα που έχει υποστεί εκτομή του σπερματικού πόρου. Η εκτομή του σπερματικού πόρου πρέπει να βεβαιωθεί με δύο αρνητικές αναλύσεις σπέρματος.			
6. Χάπια αναστολής της ωορρηξίας που περιέχουν μόνο προγεστερόνη (π.χ. δεσογεστρέλη)			
7. Άλλη προγεστερόνη – μόνο χάπια			
8. Συνδυασμός αντισυλληπτικών χαπιών από το στόμα			
9. Άλλες ενδομήτριες αντισυλληπτικές συσκευές			
10. Προφυλακτικό			
11. Τραχηλικό κύπελλο			
12. Σπόγγος			
13. Διακεκκομένη συνουσία			
14. Άλλη			
15. Καμία			
Από τον παρακάτω κατάλογο επιλέξτε την αιτία της αποτυχίας της αντισύλληψης		Ναι	Όχι
Μη λήψη δόσης αντισυλληπτικού			
Άλλη θεραπεία ή συντρέχουσα νόσος που αλληλεπιδρά με την από του στόματος αντισύλληψη			
Διαπιστωμένη αποτυχία με τη μέθοδο φραγμού			
Άγνωστη			
Είχε η ασθενής συμφωνήσει για πλήρη και συνεχή αποχή;			
Η θεραπεία με Λεναλιδομίδη ξεκίνησε παρόλο που η ασθενής ήταν ήδη έγκυος;			
Έλαβε η ασθενής το υλικό πληροφόρησης για τον πιθανό κίνδυνο τερατογένεσης;			
Έλαβε η ασθενής οδηγίες σχετικά με την ανάγκη αποφυγής της κύησης;			
ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ			
Ημερομηνία τελευταίας εμμήνου ρύσης:		Προβλεπόμενη Ημερομηνία Τοκετού:	
Τεστ κύησης	Εύρος αναφοράς	Ημερομηνία	
Ποιοτικό Ούρων			
Ποσοτικό Ορού			

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΥΗΣΕΩΝ

[illegible]

ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

	Ναι	Όχι	Άγνωστο
Υπήρξε κάποια ανωμαλία τοκετού από οποιαδήποτε κύηση;			
Υπάρχει οποιοδήποτε οικογενειακό ιστορικό σχετικά με κάποια συγγενή ανωμαλία;			

Εάν ναι σε κάποια από αυτές τις ερωτήσεις, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες παρακάτω

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

[illegible]

ΤΩΡΙΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ			
Κατάσταση	Από	Θεραπεία	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ			
	Ναι	Όχι	
Αλκοόλ			
Εάν ναι, ημερήσια ποσότητα / μονάδες:			
Κάπνισμα			
Εάν ναι, ημερήσια ποσότητα:			
Ενδοφλέβια ή ψυχαγωγική χρήση ναρκωτικών			
Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες			
ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ 4 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ			
(συμπεριλαμβάνονται φυτικές δρόγες, φάρμακα εναλλακτικής ιατρικής και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, συμπληρώματα διατροφής)			
Ληφθέν φάρμακο/θεραπεία	Ημερομηνία έναρξης	Ημερομηνία λήξης/Συνέχιση	Ένδειξη
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗ ΦΟΡΜΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	