

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Στοιχεία ασθενή

- Φύλο ασθενή: ☐ Γυναίκα ☐ Άνδρας

☐ Εγκυμοσύνη ασθενούς☐ Εγκυμοσύνη συντρόφου του ασθενή ☐ Η☐ Έκθεση εγκυμονούσας (συμπληρώστε τις παρακάτω πληροφορίες)

Αρχικά εγκυμονούσας		Ημερομηνία γέννησης		Ηλικία	
Αρχικά ασθενή (που έλαβε το φάρμακο)		Ημερομηνία γέννησης		Ηλικία	
Όνομα φαρμάκου					
Ημερομηνία πρώτης δόσης		Ημερομηνία τελευταίας δόσης			

Αρχική διάγνωση εγκυμοσύνης μέσω:

☐ Τεστ ούρων στο σπίτι☐ Τεστ ούρων στο ιατρείο☐ Αιματολογικό τεστ

Ημερομηνία τεστ		Ημερομηνία τελευταίας περιόδου	
-----------------	--	--------------------------------	--

Η εγκυμονούσα είναι αυτή τη στιγμή: ☐ Μηνών έγκυος ☐ Η ☐ Όχι πια έγκυος ☐ Άγνωστο

Η εγκυμονούσα έχει επιλέξει να:

☐ Ολοκληρώσει την εγκυμοσύνη με εκτιμώμενη ημερομηνία τοκετού:☐ Τερματίσει την εγκυμοσύνη με ημερομηνία πραγματοποίησης ή προγραμματισμένου ραντεβού:

Στοιχεία αναφέροντα

Όνομα:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο / email:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Στοιχεία θεράποντα γιατρού του / της ασθενούς

Όνομα:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο / email:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Πληροφορίες για τον λόγο της εγκυμοσύνης

Η ασθενής εσφαλμένα θεωρήθηκε πως δεν έχει δυνατότητα τεκνοποίησης Αν ναι, για ποιο λόγο	Ναι	Όχι
Ηλικία ≥ 50 ετών και φυσικώς χωρίς έμμηνο ρύση για > 1 έτος* *αμμηνόρροια λόγω αντικαρκινικής θεραπείας ή λόγω θηλασμού δεν αποκλείει την δυνατότητα τεκνοποίησης	Ναι	Όχι
Πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια, επιβεβαιωμένη από γυναικολόγο	Ναι	Όχι
Αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοωθηκτομή ή υστερεκτομή	Ναι	Όχι
Γονότυπος ΧΥ, Σύνδρομο Turner syndrome, αγενεσία της μήτρας	Ναι	Όχι
Σημειώστε το είδος της αντισύλληψης που χρησιμοποιείτε		
Εμφύτευμα	Ναι	Όχι
Ενδομητρικό σύστημα απελευθέρωσης λεβονοργεστρέλης	Ναι	Όχι
Οξική μεδροξυπρογεστερόνη μακράς διάρκειας δράσης (depot)	Ναι	Όχι
Απολίνωση σαλπίγγων (προσδιορίστε) Περίδεση Διαθερμία Clips	Ναι	Όχι
Σεξουαλική επαφή αποκλειστικά και μόνο με σύντροφο που έχει υποβληθεί σε εκτομή σπερματικού πόρου. Η εκτομή θα πρέπει να επιβεβαιωθεί από δύο διαδοχικές αρνητικές αναλύσεις σπερματικού υγρού	Ναι	Όχι
Δισκία περιέχοντα μόνο προγεσταγόνο, ανασταλτικά ωορρηξίας (πχ δεσογεστρέλη)	Ναι	Όχι
Άλλα δισκία περιέχοντα μόνο προγεσταγόνο	Ναι	Όχι
Συνδυασμένα από στόματος αντισυλληπτικά δισκία	Ναι	Όχι
Άλλα ενδομητρικά συστήματα	Ναι	Όχι
Προφυλακτικά	Ναι	Όχι
Καπάκι τραχήλου	Ναι	Όχι
Κολπικός σπόνγος	Ναι	Όχι
Διακεκομμένη επαφή	Ναι	Όχι
Άλλο	Ναι	Όχι
Κανένα	Ναι	Όχι
Σημειώστε τον λόγο της αποτυχίας της αντισύλληψης		
Παράλειψη αντισυλληπτικού δισκίου	Ναι	Όχι
Αποτυχία μεθόδου φραγμού	Ναι	Όχι
Άγνωστος	Ναι	Όχι
Υπήρχε δέσμευση για απόλυτη και πλήρη αποχή	Ναι	Όχι
Η θεραπεία ξεκίνησε παρά το ότι η ασθενής ήταν ήδη έγκυος	Ναι	Όχι
Ο/η ασθενής έλαβε τα εκπαιδευτικά υλικά σχετικά με τον κίνδυνο της τερατογένεσης	Ναι	Όχι
Ο/η ασθενής έλαβε οδηγίες για την ανάγκη αποφυγής εγκυμοσύνης	Ναι	Όχι

Προγεννητικές πληροφορίες

Ημερομηνία τελευταίας περιόδου		Εκτιμώμενη ημερομηνία ΤΟΚΕΤΟΥ	
--------------------------------	--	----------------------------------	--

Τεστ εγκυμοσύνης

Ούρων	Εύρος αναφοράς		Ημερομηνία	
Αίματος	Εύρος αναφοράς		Ημερομηνία	

Ιστορικό προηγούμενων κύσεων

Έτος εγκυμοσύνης	Αποτέλεσμα				Ηλικία κύησης	Είδος τοκετού
	Αυτόματη αποβολή	Προκλητή έκτρωση	Ζωντανή κύηση	Θνησιγενές έμβρυο		

Γενετικές ανωμαλίες

Υπήρξαν γενετικές ανωμαλίες σε οποιαδήποτε εγκυμοσύνη; ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Άγνωστο

Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό συγγενών ανωμαλιών; ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Άγνωστο

Σε περίπτωση καταφατικής απάντησης σε οποιαδήποτε από αυτές τις ερωτήσεις, συμπληρώστε λεπτομέρειες παρακάτω:

2

Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό μητέρας

Πάθηση / κατάσταση	Ημερομηνίες	Θεραπεία	Αποτέλεσμα
	Από: Έως:		

Παρόν ιατρικό ιστορικό μητέρας

Πάθηση / κατάσταση	Από:	Θεραπεία

Κοινωνικό ιστορικό μητέρας

Αλκοόλ: ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, ποσότητα ανά ημέρα:

Κάπνισμα: ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, ποσότητα ανά ημέρα:

Χρήση ναρκωτικών ουσιών:

☐ Ναι ☐ Όχι Αν ναι,

λεπτομέρειες:

Φαρμακευτική αγωγή μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στις 4 εβδομάδες πριν την εγκυμοσύνη

Φάρμακο / αγωγή	Ημερομηνίες	Ένδειξη
	Έναρξη:	
	Λήξη / συνέχιση:	
	Έναρξη:	
	Λήξη / συνέχιση:	
	Έναρξη:	
	Λήξη / συνέχιση:	
	Έναρξη:	
	Λήξη / συνέχιση:	

Στοιχεία ατόμου που συμπλήρωσε τη φόρμα

Όνομα:

Ημερομηνία:

Υπογραφή: