

ΦΟΡΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΠΟΛΙΔΟΜΙΔΗ

(ιατρικό ιστορικό και έναρξη κύησης)

☐ Αρχική Έκθεση ☐ Έκθεση Παρακολούθησης ☐ Τελική Έκθεση

Ημερομηνία:	DD	MM	YYYY
-------------	----	----	------

Στοιχεία Αναφέροντα

Όνομα:			
Διεύθυνση:			
Χώρα:		Τηλ:	
Fax:		E-Mail:	

☐ Θεράπων Ιατρός (ειδικότητα:) ☐ Νοσοκόμος/ Νοσηλεύτης ☐ Φαρμακοποιός ☐ Άλλος επαγγελματίας υγείας:.....

Πληροφορίες Γυναίκας Ασθενή/ Σύντροφος Άνδρα Ασθενή

Αρχικά:		Η/νία Γέννησης:	HH	MM	XXXX	Ηλικία:	
---------	--	-----------------	----	----	------	---------	--

Πληροφορίες Άνδρα Ασθενή

Αρχικά:		Η/νία Γέννησης:	HH	MM	XXXX	Ηλικία:	
---------	--	-----------------	----	----	------	---------	--

Έκθεση Ασθενούς

Γυναίκα Ασθενής : ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Σύντροφος Άνδρα Ασθενή: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

☐ Άλλο:.....

Πληροφορίες Κύησης

Τεστ κύησης: Παρακαλώ δώστε τις ημερομηνίες, τα αποτελέσματα και τον τύπο των 3 πιο πρόσφατων τεστ κύησης, συμπεριλαμβανομένου του τεστ που επιβεβαίωσε την κύηση:

No. 1: HH / MM / EEEE Αποτέλεσμα.: **No. 2:** HH / MM / EEEE Αποτέλεσμα.: **No. 3:** HH / MM / EEEE Αποτέλεσμα.:

No.1: ☐ Ποιοτική εξέταση ούρων
☐ Ποσοτική εξέταση ορού

No.2: ☐ Ποιοτική εξέταση ούρων
☐ Ποσοτική εξέταση ορού

No.3: ☐ Ποιοτική εξέταση ούρων
☐ Ποσοτική εξέταση ορού

Ημερομηνία έναρξης τελευταίας εμμήνου ρύσης : DD / MM / EEEE

Έναρξη Εγκυμοσύνης: DD / MM / EEEE

Υπέρηχος Εμβρύου: DD / MM / EEEE

Ηλικία του εμβρύου σύμφωνα με τον υπέρηχο:.....

Εκτιμώμενη ημερομηνία τοκετού : DD / MM / EEEE

Παρακολούθηση Προγράμματος Πρόληψης Κύησης

Ομάδα κινδύνου του ασθενούς / συντρόφου του ασθενούς σε σχέση με τη θεραπεία με πομαλιδομίδη

☐ Μη δυνατότητα τεκνοποίησης, Παρακαλώ διευκρινίστε:

☐ Ηλικία ≥ 50 ετών και φυσιολογικά αμηνορροϊκή για ≥ 1 έτος *
* η αμηνόρροια μετά από αντικαρκινική θεραπεία ή κατά τη διάρκεια του θηλασμού δεν αποκλείει δυνατότητα τεκνοποίησης.

☐ Προηγούμενη αμφοτερόπλευρη σαλπινγοωθηκεκτομή ή υστερεκτομή

☐ Άλλοι Λόγοι

☐ Πρόωρη ωθηκική ανεπάρκεια, επιβεβαιωμένη από ειδικό γυναικολόγο

☐ XY γονότυπος, σύνδρομο Turner, αγενεσία της μήτρας

☐ Ανδρική Ανικανότητα (παρακαλώ προσδιορίστε):.....

☐ Δυνατότητα τεκνοποίησης (παρακαλώ προσδιορίστε):

Δοκιμασία Κύησης:

Πραγματοποιήθηκε πριν την έναρξη της θεραπείας;

☐ Ναι ☐ Όχι

Πραγματοποιήθηκε πριν την συνταγογράφηση ☐ Ναι ☐ Όχι

Πραγματοποιήθηκε κάθε 4 εβδομάδες κατά

☐ Ναι ☐ Όχι

Πραγματοποιήθηκε 4 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας ☐ Ναι ☐ Όχι

τη διάρκεια της θεραπείας

Μέθοδοι αντισύλληψης:

☐ Χωρίς Μέθοδο Αντισύλληψης (παρακαλώ προσδιορίστε το λόγο π.χ. αποχή):

☐ Ορμονική Μέθοδος Αντισύλληψης:

☐ Συνδυασμός από του στόματος αντισυλληπτικών (παρακαλώ αναφέρετε την επωνυμία):.....

☐ Χάπια αναστολής της ωορρηξίας που περιέχουν μόνο προγεστερόνη (π.χ. δεσογεστρέλη) (Παρακαλώ αναφέρετε την επωνυμία):.....

☐ Εμφύτευμα (Παρακαλώ αναφέρετε την επωνυμία):

☐ «Αποθήκη» οξικής μεδροξυπρογεστερόνης ("3-month injection/ 3-μηνιαία θεραπεία/δόση")

ΦΟΡΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΠΟΛΙΔΟΜΙΔΗ
(ιατρικό ιστορικό και έναρξη κύησης)

- ☐ Ενδομητρικό σύστημα απελευθέρωσης λεβονοργεστρέλης (IUD, Παρακαλώ προσδιορίστε τον τύπο):
- ☐ Σαλπιγγική Στείρωση:
- ☐ Άνδρες (Παρακαλώ προσδιορίστε π.χ. επιβεβαιωμένη βασεκτομή με 2 αρνητικά τεστ):
- ☐ Γυναίκες (Παρακαλώ προσδιορίστε π.χ. επιβεβαιωμένη απολίνωση ωαγωγών):
- ☐ σεξουαλική επαφή αποκλειστικά με σύντροφο που έχει υποβληθεί σε βασεκτομή· η βασεκτομή πρέπει να έχει επιβεβαιωθεί με δύο αρνητικές αναλύσεις σπέρματος
- ☐ μέθοδοι φραγμού (παρακαλώ προσδιορίστε τον τύπο):
- ☐ Άλλο (παρακαλώ περιγράψτε):

Λόγοι αποτυχίας μεθόδων αντισύλληψης

- ☐ Μέθοδοι αντισύλληψης που δεν εφαρμόστηκαν/ξεχάστηκαν
- ☐ Μη προτεινόμενοι μέθοδοι αντισύλληψης που χρησιμοποιήθηκαν (παρακαλώ προσδιορίστε την μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε):
- ☐ Άλλο (παρακαλώ περιγράψτε):

Εκπαιδευτικό Υλικό –Παρακαλώ σημειώστε αν η ασθενής (σε περίπτωση εγκυμοσύνης συντρόφου ασθενούς):

- ☐ Έχει ενημερωθεί για τον κίνδυνο τερατογόνου δράσης της θεραπείας ☐ Έχει ενημερωθεί για την ανάγκη συμμόρφωσης με τα μέτρα του Προγράμματος Πρόληψης Κύησης
- με πομαλιδομίδη ☐ Έχει υπογράψει το έντυπο «Ενημέρωση για τους κινδύνους» ☐ Έχει λάβει τον οδηγό « Οδηγός για ασφαλή χρήση-Ασθενείς»

Μέτρα που ελήφθησαν σε περίπτωση εγκυμοσύνης

Η ασθενής που κυοφορεί ή η σύντροφός του ασθενούς που κυοφορεί έχει παραπεμφθεί σε γυναικολόγο; ☐ Όχι ☐ Ναι

Αν ναι παρακαλώ το όνομα και πληροφορίες επικοινωνίας του γυναικολόγου (διεύθυνση, τηλέφωνο).....

Επιπρόσθετες πληροφορίες

Ιατρικό Ιστορικό: Παρακαλώ αναφέρατε όλο το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς συμπεριλαμβανομένων συνοσηροτήτων, αλλεργιών, καπνίσματος, κατάχρησης αλκοόλ, κακοηθών νοσημάτων) σε ξεχωριστή σελίδα αν είναι απαραίτητο.....

Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό συγγενών ανωμαλιών ☐ Όχι ☐ Ναι

Αν ναι, παρακαλώ προσδιορίστε:

Ιατρικό ιστορικό τοκετών: ☐ Όχι ☐ Ναι

Αν ναι, παρακαλώ προσδιορίστε:

Προηγούμενες κύσεις:

Αριθμός γεννήσεων (Γέννηση ζώντος νεογνού):.....Πρώτος Τοκετός: Θνησιγενής Γέννηση: Εβδομάδα:

Αυθόρμητη Αποβολή: Εβδομάδα :

Ημερομηνία τελευταίας κύησης: Είδος Τοκετού: Φυσιολογικός:..... Καισαρική:.....

Υπήρχαν συγγενείς δυσπλασίες σε προηγούμενες κύσεις; ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Άγνωστο

Αν, ναι, παρακαλώ διευκρινίστε :

POMALIDOMIDE/STADA (Πομαλιδομίδη)

Ένδειξη: Δοσολογία: Διακοπή θεραπείας: ☐ Όχι ☐ Ναι

Ημερ/νία Έναρξης θεραπείας DD / MM / YYYY	Ημερ/νία Λήξης θεραπείας DD / MM / YYYY	Ημερήσια Δόση ☐ 4 mg ☐ Άλλο..... mg	Αριθμός Παρτίδας Ημερ/νία Λήξης
---	---	--	--

Συγχωρηγούμενα Φάρμακα Ασθενούς

Όνομα/ Φαρμακευτική μορφή	Δοσολογία & /οδός χορήγησης	Ημερ/νία Έναρξης Θεραπείας	Ημερ/νία Λήξης Θεραπείας	Ένδειξη
		HH / MM / EEEE	HH / MM / EEEE	
		HH / MM / EEEE	HH / MM / EEEE	

ΦΟΡΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΠΟΛΙΔΟΜΙΔΗ
(ιατρικό ιστορικό και έναρξη κύησης)

		ΗΗ / ΜΜ / ΕΕΕΕ	ΗΗ / ΜΜ / ΕΕΕΕ	
--	--	----------------	----------------	--

Η Αναφορά συμπληρώθηκε από

Όνομα:		Σφραγίδα συνταγογραφόντος Ιατρού
Ημερομηνία:		
Υπογραφή:		

Παρακαλούμε όπως αποστείλετε άμεσα τη φόρμα στο τμήμα Φαρμακοεπαγρύπνησης της εταιρείας BioARS Therapeutics ΑΕ τοπικού αντιπροσώπου του Κατόχου Άδειας Κυκλοφορίας, STADA Arzneimittel AG, μέσω e-mail στο pn@bioars-th.gr ή να επικοινωνήσετε μέσω τηλεφώνου στο: (+30) 210 7717598 (24/7).