

ΦΟΡΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΠΟΛΙΔΟΜΙΔΗ
(Έκβαση Κύησης)

☐ Αρχική ☐ Έκθεση Παρακολούθησης ☐ Τελική Έκθεση Ημερομηνία: HH MM EEEE

Στοιχεία Αναφέροντα

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

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

Στοιχεία Γυναίκας Ασθενούς/ Συντρόφου Άνδρα Ασθενούς

Αρχικά:		Ημερ/νία Γέννησης:	DD	MM	YYYY	Ηλικία:	
---------	--	--------------------	----	----	------	---------	--

Στοιχεία Άνδρα Ασθενούς

Αρχικά:		Ημερ/νία Γέννησης:	DD	MM	YYYY	Ηλικία:	
---------	--	--------------------	----	----	------	---------	--

Τύπος Ασθενούς

Γυναίκα Ασθενής: ☐ Όχι ☐ Ναι Σύντροφος Άνδρα Ασθενούς: ☐ Όχι ☐ Ναι
☐ Άλλο

Έκβαση Κύησης

Ηλικία κύησης κατά την γέννηση:
Γέννηση Ζώντος Εμβρύου ☐ Ναι ☐ Όχι
Αν όχι, παρακαλώ εξηγήστε:
Αυθόρμητη Αποβολή: ☐ Ναι ☐ Όχι Ημερ/νία: DD / MM / YYYY Εβδομάδα κύησης:
Αυτοψία: ☐ Ναι ☐ Όχι
Διάγνωση δυσπλασίας: ☐ Ναι ☐ Όχι Αν ναι παρακαλώ προσδιορίστε:
Τερματισμός κύησης: ☐ Ναι ☐ Όχι Ημερ/νία: DD / MM / YYYY Εβδομάδα κύησης: Αυτοψία: ☐ Ναι ☐ Όχι
Διαγνωσμένη δυσπλασία: ☐ Ναι ☐ Όχι Αν ναι, παρακαλώ προσδιορίστε:
Λόγος τερματισμού κύησης (προσωπικοί, ιατρικοί, διάγνωση δυσπλασίας):
Ενδομήτριος εμβρυϊκός θάνατος: ☐ Ναι ☐ Όχι Ημερ/νία: DD / MM / YYYY Εβδομάδα κύησης: Αυτοψία: ☐ Ναι ☐ Όχι
Δυσπλασία: ☐ Ναι ☐ Όχι Λεπομέρειες:
Πιθανή εξήγηση (παρακαλώ διευκρινίστε):
Έκτοπη Κύηση: ☐ Ναι ☐ Όχι

Τοκετός (να συμπληρωθεί μόνο αν υπάρχει γέννηση ζώντος εμβρύου)

Ημερ/νία: DD / MM / YYYY Εβδομάδα κύησης:
Τύπος τοκετού: ☐ Φυσιολογικός ☐ Επαγόμενος ☐ Καισαρική
Εμβρυϊκή δυσπραγία (π.χ. ασφυξία): ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Χρόνια ☐ Οξεία
Φυσιολογικός Πλακούντας: ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Άγνωστο

Σχόλια:	
---------	--

ΦΟΡΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΠΟΛΙΔΟΜΙΔΗ
(Έκβαση Κύησης)

Πληροφορίες για το Νεογνό

Φύλο: ☐ Φ ☐ Α Βάρος(g): Ύψος(cm): Περιφέρεια κεφαλής (cm):
Πρωωρότητα: ☐ Ναι ☐ Όχι Δυσωριμότητα: ☐ Ναι ☐ Όχι APGAR:..... 1 min 5 min 10 min
Δυσπλασία: ☐ Ναι ☐ Όχι Παρακαλώ προσδιορίστε:
Ασθένειες Νεογνού: ☐ Ναι ☐ Όχι Παρακαλώ προσδιορίστε:
Άμεσο αποτέλεσμα: Εξέταση παρακολούθησης του παιδιού από: ...
Θηλασμός: ☐ Ναι ☐ Όχι

Επιπρόσθετες Πληροφορίες

Πορεία εγκυμοσύνης

Έκθεση(εις): ☐ Καπνός Τσιγάρα/ημέρα ☐ Αλκοόλ ποσότητα / ημέρα ☐ Εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες
Παρακαλώ προσδιορίστε: Άλλο: ...
Ασθένειες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης: ☐ Υψηλή αρτηριακή πίεση ☐ Διαβήτης ☐ Λοιμώξεις
Παρακαλώ προσδιορίστε: Άλλο:
Νοσηλεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης: ☐ Ναι ☐ Νο/ Όχι Αιτία
Προγεννητική διάγνωση: ☐ Ναι ☐ Όχι
Εξέταση υπέρηχου: Ημερομηνία και αποτελέσματα: (Παρακαλώ συνάψτε τα αποτελέσματα του υπέρηχου).
Άλλες ειδικές εξετάσεις (π.χ. αμνιοκέντηση, άλφα φετοπρωτεΐνη στο μητρικό ορό) – αποτελέσματα:
Ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης: ☐ Ναι ☐ Όχι

Pomalidomide/ STADA (Πομαλιδομίδη)

Ένδειξη:
Δοσολογία:

Έναρξη της θεραπείας HH / MM / EEEE	Λήξη της θεραπείας HH / MM / EEEE	Ημερησία Δόση ☐ 4 mg ☐ Άλλο..... mg	Αριθμός παρτίδας Ημερομηνία Λήξης.....
---	---	--	---

Συγχορηγούμενα Φάρμακα Ασθενούς

Φάρμακο, Δοσολογική μορφή, Περιεκτικότητα, (π.χ. Δισκία 5 mg)	Δόση & τρόπος χορήγησης	Έναρξη της θεραπείας	Λήξη της θεραπείας	Αιτιώδης Σχέση 1=σχετίζεται 2= δεν σχετίζεται	Ένδειξη
		HH / MM / EEEE	HH / MM / EEEE		
		HH / MM / EEEE	HH / MM / EEEE		
		HH / MM / EEEE	HH / MM / EEEE		
		HH / MM / EEEE	HH / MM / EEEE		

Η αναφορά συμπληρώθηκε από

Τίτλος και Όνομα:				Σφραγίδα συνταγογραφόντος Ιατρού
Ημερομηνία:				
Υπογραφή:				

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