


Hlášení těhotenství (formulář)

	RO-GNE: HLÁŠENÍ TĚHOTENSTVÍ
---	------------------------------------

POUZE PRO POTŘEBY SPOLEČNOSTI ROCHE

Datum přijetí hlášení společností Roche (den-měsíc-rok):	Lokální číslo:	AER:
Druh hlášení:	Prospektivní <input type="checkbox"/>	Retrospektivní <input type="checkbox"/>

1. **OSOBA PODÁVAJÍCÍ HLÁŠENÍ** Počáteční Následné sledování

Jméno a příjmení: _____

Upřesnění: Lékař (specializace) Lékárník
 pacient ostatní (upřesněte) _____

Kontaktní adresa: _____ Telefonní číslo: _____
Faxové číslo: _____

Poštovní směrovací číslo: _____ E-mail: _____

2. **INFORMACE O PACIENTOVI UŽÍVAJÍCÍM ERIVEDGE**

Léku byl vystavený: Otec Matka Iniciály:

--	--	--

 Datum narození:

den	měsíc	rok

Výška:

--

 cm Věk v době početí:

--	--

Hmotnost:

--

 kg

Etnický původ: Černoch Běloch Hispánc Asiat Další (upřesněte): _____

3. **INFORMACE O PŘÍPRAVKU**

(Zaznamenejte všechny důležité léky užívané před těhotenstvím (u pacientek (žen) léčených přípravkem Erivedge až do 24 měsíců) a v průběhu těhotenství, nebo v případě, že byl léku vystavený otec, zaznamenejte léky užívané před početím nebo až 2 měsíce od poslední dávky přípravku Erivedge).

	Název přípravku (Generický/ Obchodní)	Podezře- lý	Číslo šarže #	Doba expozice (x příslušné období)			Způsob podání	Síla a léková forma (mg, cps., tbl.)			
				Před početím	Trimestr				Porod		
					1	2				3	
1.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
2.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
3.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
4.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
5.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>

Režim dávkování	Datum zahájení léčby (den-měsíc-rok)	Datum ukončení léčby (den-měsíc-rok)	Současná léčba	Indikace k použití
--------------------	---	---	-------------------	--------------------



RO-GNE: HLÁŠENÍ TĚHOTENSTVÍ

POUZE PRO POTŘEBY SPOLEČNOSTI ROCHE

Datum přijetí hlášení společností Roche (den-měsíc-rok):

Lokální číslo:

AER:

Druh hlášení:

Prospektivní Retrospektivní

1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

4. INFORMACE TÝKAJÍCÍ SE TĚHOTENSTVÍ

Datum poslední menstruace

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
den	měsíc	rok

Odhad

Předpokládaný termín porodu:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
den	měsíc	rok

Datum početí:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
den	měsíc	rok

Odhad

5. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Antikoncepce (Ize vybrat více než jednu možnost)

Žádná

Prezervativ

Antikoncepční léčivé přípravky

Chirurgická sterilizace (muž)

Pesar

Chirurgická sterilizace (žena)

Nitroděložní tělísko

Přerušovaná soulož

Neplodnost (muž)

Neplodné dny

Neplodnost (žena)

Není známo

Spermicidní přípravek

Počet předchozích

Těhotenství

Lékařské přerušení těhotenství

Spontánní potrat

Porod mrtvého dítěte

Porod

Dítě narozené s vrozenou vadou

Rizikové faktory/ lékařská anamnéza

Není známo

Alkohol

Alergie*

Diabetes*

Infekce*

Kouření

Drogy

Další/ důležité anamnestické údaje (*upřesněte níže)

**RO-GNE: HLÁŠENÍ TĚHOTENSTVÍ****POUZE PRO POTŘEBY SPOLEČNOSTI ROCHE**

Datum přijetí hlášení společností Roche (den-měsíc-rok):	Lokální číslo:	AER:
Druh hlášení:	Prospektivní <input type="checkbox"/>	Retrospektivní <input type="checkbox"/>

Podrobné informace: (včetně dat & výsledků, v případě potřeby)

6. VÝSLEDEK TĚHOTENSTVÍ

Probíhající těhotenství	<input type="checkbox"/>	Mimoděložní těhotenství	<input type="checkbox"/>	Spontánní potrat	<input type="checkbox"/>	Není známo	<input type="checkbox"/>
Živě narozený	<input type="checkbox"/>	Porod mrtvého plodu	<input type="checkbox"/>	Lékařské přerušeni těhotenství	<input type="checkbox"/>	Ztráta ze sledování	<input type="checkbox"/>

Uveďte datum, v příslušných případech:

den	měsíc	rok

7. RELEVANTNÍ LABORATORNÍ TESTY/VÝSLEDKY PRE- I POSTNATÁLNÍCH VYŠETŘENÍ (např. aminocentéza, ultrazvuk)

Testy	Výsledky jednotky a normální hodnoty (v případě potřeby)	Očekává se	Pre- nebo postnatální výsledky?	Datum den-měsíc-rok
1.		<input type="checkbox"/>	Před <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/>	
2.		<input type="checkbox"/>	Před <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/>	
3.		<input type="checkbox"/>	Před <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/>	

Další informace:

8. VÝSLEDEK PORODU**Novorozenec/plod:**

Počet novorozenců/plodů

(v případě více než jednoho dítěte/plodu, vyplňte body 8-11 (Informace o dítěti) na zvláštním listu)

Normální

Abnormální

(vrozená

vada/kongenitální

abnormality a další

příhody u plodu/dítěte)

Upřesněte

Není známo

Úmrtí

Datum :

den	měsíc	rok

Příčina úmrtí:

**RO-GNE: HLÁŠENÍ TĚHOTENSTVÍ****POUZE PRO POTŘEBY SPOLEČNOSTI ROCHE**

Datum přijetí hlášení společností Roche (den-měsíc-rok):	Lokální číslo:	AER:
Druh hlášení:	Prospektivní <input type="checkbox"/>	Retrospektivní <input type="checkbox"/>

Výsledek pitvy: _____

9. INFORMACE O DÍTĚTI

Pohlaví:	Tělesná hmotnost:	Tělesná délka:	Obvod hlavičky:
Chlapec <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> kg <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm <input type="checkbox"/>
Dívka: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> kg <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm <input type="checkbox"/>

Gestační věk při porodu/potrátu (týdnů)Apgar skóre 1 minuta 5 minut 10 minut

Existují určité neobvyklé rysy těhotenství nebo jeho výsledku?

Ano Ne Pokud ano,
upřesněte

Vyšetření dítěte v průběhu sledování:

Datum:
den měsíc rok

Závěry: _____

Pediatr (v případě postoupení); Jméno: _____

Adresa: _____ Telefonní číslo: _____
Fax: _____
E-mail: _____**10. RELEVANTNÍ LABOLATORNÍ TESTY/VYŠETŘENÍ DÍTĚTE/PLODU**

Testy	Výsledky (jednotky a normální hodnoty, v případě potřeby)	Očekává se	Datum den-měsíc-rok
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



RO-GNE: HLÁŠENÍ TĚHOTENSTVÍ

POUZE PRO POTŘEBY SPOLEČNOSTI ROCHE

Datum přijetí hlášení společností Roche (den-měsíc-rok):		Lokální číslo:	AER:		
Druh hlášení:		Prospektivní <input type="checkbox"/>	Retrospektivní <input type="checkbox"/>		
3.					
4.					

11. **DALŠÍ INFORMACE V případě potřeby pokračujte na Nepovinném doplňujícím formuláři**Podpis
oznamovatele:Datum
(den-měsíc-rok):Kontaktní jméno osoby pro další informace týkající se
těhotenství, pokud je odlišné od oznamovatele)

Kontaktní adresa:

Telefonní číslo:

Fax:

E-mail:

Pokud je vyplňováno delegátem společnosti Roche, je třeba zajistit, aby uvedené údaje plně odpovídaly názoru oznamovatele

**POUZE PRO POTŘEBY
SPOLEČNOSTI ROCHE**

Podpis:

Datum

(den-měsíc-rok):

JMÉNO
HŮLKOVÝM
PÍSMEM:

RO-GNE: HLÁŠENÍ TĚHOTENSTVÍ, NEPOVINNÉ DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE

POUZE PRO POTŘEBY SPOLEČNOSTI ROCHE

Datum přijetí hlášení společností Roche (den-měsíc-rok):	Místní číslo:	MCN:
Druh hlášení:	Prospektivní	Retrospektivní

DALŠÍ INFORMACE (Nepovinné):

