

Rapportering av misstänkt graviditet

Lenalidomide Krka

Detta formulär måste fyllas i för varje kvinnlig patient eller kvinnlig partner till manlig patient som misstänks vara eller bli gravida under behandling med lenalidomid.

Formuläret ska skickas in till Läkemedelsverket i enlighet med de nationella riktlinjerna för biverkningsrapportering.

Rapportör			
Namn (förnamn och efternamn)		Titel/yrkeskategori	
Telefonnummer		E-post	
Adress		Datum då graviditeten upptäcktes	
Uppgifter om patienten och behandlingen			
Välj ett av alternativen nedan:			
Graviditet hos patient		Graviditet hos patientens partner	
		Gravid kvinna har exponerats för läkemedlet	
Läkemedel			
Batchnummer:	Utgångsdatum:	Daglig dos:	Dosintervall:
Datum för första dosen:		Datum för sista dosen:	
Indikation:			
Den gravida kvinnans initialer (patient eller kvinnlig partner till manlig patient som får lenalidomid):		Födelsedatum:	Ålder:
Prenatal information			
Datum för senaste menstruation:			
Datum för förväntad födsel:			
Graviditetstest	Referensområde:	Datum:	
Urin (kvalitativt)			
Serum (kvantitativt)			
Ytterligare information kring graviditeten		JA	NEJ
Har den gravida kvinnan hänvisats till förlossningsläkare/gynekolog			
Om ja, fyll i namn och kontaktuppgifter för ansvarig förlossningsläkare/gynekolog:			

Rapportörens namn

Rapportörens underskrift

Datum