

Lenalidomide Mylan

Formular ved graviditet



Venligst udfyld denne formular for at indrapportere graviditet hos en patient (eller hos en kvindelig partner til en mandlig patient), som er i behandling med Lenalidomid Mylan. Skemaet sendes til pv.denmark@viatris.com straks efter udfyldelse.

Rapportør information

Titel:	<input type="text"/>		
Fornavn:	<input type="text"/>	Efternavn:	<input type="text"/>
Jobtitel:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
By:	<input type="text"/>		
Postnummer:	<input type="text"/>		
Telefonnummer:	<input type="text"/>		
E-mail adresse:	<input type="text"/>		

Kvindelig patientinformation

	Patient initialer:	Alder:	Vægt kg:
		Højde cm:	Fødselsdato (DDMMÅÅÅÅ):

Kvindelig partner til mandlig patient

	Patient initialer:	Alder:	Vægt kg:
		Højde cm:	Fødselsdato (DDMMÅÅÅÅ):

Gravid kvinder som er eksponeret - ikke patient eller partner

	Patient initialer:	Alder:	Vægt kg:
		Højde cm:	Fødselsdato (DDMMÅÅÅÅ):

Barnets oplysninger



Patient initialer:

Alder:

Vægt kg:

Højde cm:

Fødseldato (DDMMÅÅÅ):

Behandlingsinformation: Lenalidomide Mylan kapsler

Batch nummer:

Udløbsdato:

Daglig dosis:

Start dato:

Stop dato:

indikation:

Menstruationsinformation

Dato for sidste menstruation: _____ Regelmæssig menstruation: Nej Ja

Opfølgning ved graviditet

Er graviditeten blevet bekræftet: Nej Ja

Den estimerede undfangelsesdato: _____

Antal graviditetsuger da behandlingen stoppede: _____

Perioden for behandling med lenalidomide under graviditet: _____

Estimeret gestational stadie: _____ Estimeret terminsdato: ____ / ____ / ____

Er patienten allerede blevet henvist til en gynækolog/obstetriker: Nej Ja

Hvis ja, oplys venligst lægens navn og kontaktoplysninger

Navn:

Kontakt:

Resultat af graviditet

Normal fødsel? Nej Ja

Hvis nej, uddyb venligst (termination, medicinsk begrundelse)

Til termin?

Nej

Ja

Hvis nej, uddyb venligst antal uger ved fødsel:

Fødselsvægt
(kg): _____

Køn: Dreng

Pige

Information angående behandling med Lenalidomide Mylan

Lenalidomid taget af (kvindelig patient/mandlig patient/gravid kvinde)	Batch nr./ udløbs dato:	Styrke	Daglig dosis		Behandlings- datoer		indikation
			Dosis enhed	Antal	Start dato	Stop dato	

Begrundelse for graviditet

	Ja	Nej
Forkert vurdering af fødedygtighed?		
Hvis ja, oplys årsagen til fejlvurderingen		
a. Alder \geq 50 år og naturligt amenoré for \geq 1 år. Amenoré som følge af kræftbehandling eller gennem amning kan ikke udelukke graviditetspotentiale.		
b. Tidlig menopause bekræftet af specialiseret gynækolog.		
c. Tidligere bilateral salpingo-ooforektomi eller hysterektomi.		
d. XY genotype, Turner syndrom, uterin-agenesi.		

	Ja	Nej
Indikér fra nedenstående liste hvilken præventionsmetoder, der blev benyttet		
a. Implantat		
b. Spiral, der frigiver levonorgestrel		
c. Medroxyprogesteronacetat depot		
d. Sterilisation af æggelder (specificér nedenfor)		
I. Sømmensyning af æggeleder		
II. Brænding af æggeleder		
III. Clips på æggeleder		
e. Samleje kun med vasktommeret mandlig partner; vasktomien skal være bekræftet af to negative sædanalyser.		
f. Mini-piller kun med ægløsningshæmmende progesteron (dvs. desogestrel)		
g. Andre lægemidler i tabletform, der kun indeholder progesteron		
h. Kombinerede perorale præventionsmidler (p-piller)		
i. Andre intra-uterine medicinsktekniske produkter		
j. Kondomer		
k. Pessar		
l. Spiral		
m. Afbrudt samleje		
n. Andre		
o. Ingen		

Oplys fra nedenstående liste årsagen til mislykket prævention	Ja	Nej
Glemte oral kontraktion		
Andet lægemiddel eller sygdom som interagerer med peroralt præventionsmiddel		
Uheld med barrierepræventionsmetode identificeret		
Ukendt årsag		
Havde patienten givet tilsavn om fuldstændig seksuel afholdenhed		
Blev lenalidomid behandlingen opstartet, selvom patienten var gravid?		
Fik patienten udleveret uddannelsesmateriale om eventuelle teratogene risici?		
Fik patienten udleveret instrukser om behovet for at undgå graviditet?		

Moderens nuværende medicinske tilstande

Sygdom	Fra	Behandling

Moderens sociale anamnese

	Ja	Nej
Alkohol?		
Hvis ja, mængde/enheder per dag:		
Tobak?		
Hvis ja, mængde per dag:		
Brug af euforiserende stoffer?		
Hvis ja, angiv detaljer:		

Moderens medicin igennem graviditet og 4 uger inden graviditet(herunder urte-, alternative- og håndkøbslægemidler)

Lægemiddel/behandling	Start dato	Stop dato/fortsat behandling	Indikation

Navn på personen, der har udfyldt denne formular

Underskrift:

Dato: