

Формуляр за експозиция по време на бременност

ПОПЪЛНЕТЕ ВЪЗМОЖНО НАЙ-ТОЧНО, ПОДПИШЕТЕ СЕ, ПОСТАВЕТЕ ДАТА И ВЪРНЕТЕ НАСТОЯЩИЯ ФОРМУЛЯР НА „ВЪОРВАГ ФАРМА“ ВЪЗМОЖНО НАЙ-СКОРО. БЛАГОДАРИМ ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВОТО!			
Тел: +359894491125			
e-mail: Kremena_Ivanova@woerwagpharma.bg			
Версия на доклада:		<input type="checkbox"/> ПЪРВОНАЧАЛЕН	<input type="checkbox"/> ОТ ПРОСЛЕДЯВАНЕ
		НОМЕР	
ИНФОРМАЦИЯ ЗА МАЙКАТА			
ПАЦИЕНТ (инициали):	ДАТА НА РАЖДАНЕ (дд/мм/гггг):	ВЪЗРАСТ:	
ПРОФЕСИЯ:	РЪСТ (см):		
ОБРАЗОВАНИЕ:	ТЕГЛО (кг):		

АКУШЕРСКА АНАМНЕЗА

Брой предходни бременности		С нормален изход	
Предидни епизоди на субфертилитет	Да		Не

Някоя от предходните бременности завърши ли с (отбележете всеки приложим отговор):				
	Имаше ли излагане на лекарството по време на бременността			
	Не	Не е известно	Да	Уточнете, ако отговорът е „Да“
СПОНТАНЕН АБОРТ				
ПРЕКРАТЯВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА ПО ЖЕЛАНИЕ*				
СМЪРТ НА ПЛОДА НА КЪСЕН ЕТАП				
ЕКТОПИЧНА БРЕМЕННОСТ				
МОЛАРНА БРЕМЕННОСТ				

*Посочете гестационната възраст седмици и контекст:

.....

.....

Възникнали ли са някакви усложнения при предходните бременности?	НЕ	Да (уточнете в таблицата по-долу)
УСЛОЖНЕНИЕ	НАЧАЛНА ДАТА (дд / мм / гггг)	КРАЙНА ДАТА ИЛИ ТЕКУЩО (дд / мм / гггг)

Формуляр за експозиция по време на бременност

АНАМНЕЗА НА МАЙКАТА (не попълвайте, ако не е известна)				
	Не	Да *	Коментари	
			НАЧАЛНА ДАТА (дд / мм / гггг)	КРАЙНА ДАТА ИЛИ ТЕКУЩО (дд / мм / гггг)
ХИПЕРТОНИЯ				
ДИАБЕТ				
ЕПИЛЕПСИЯ				
ЗАБОЛЯВАНЕ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА				
АСТМА				
АЛЕРГИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ				
СЪРДЕЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ				
ДЕПРЕСИЯ				
ПСИХИАТРИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ				
ЗАБОЛЯВАНИЯ, ПРЕДАВАНИ ПО ПОЛОВ ПЪТ				
ХЕПАТИТ				
ДРУГО				
СПИН				
	Посочете вирусното натоварване:			
	брой на CD4:			
	Единица:			

Опишете по-долу хода на заболяването(ията) по време на бременността:

.....

ТЕКУЩА БРЕМЕННОСТ			
Начална дата на последен менструален цикъл (ПМЦ)	(дд / мм / гггг)		
Гестационна възраст към момента на настоящия доклад	Седмици/ Дни		Определена с:

Формуляр за експозиция по време на бременност

			<input type="checkbox"/> ПМЦ <input type="checkbox"/> Ултразвук	
Гестационна възраст към момента на излагане на лекарството	Седмици/ Дни		Определена с: <input type="checkbox"/> ПМЦ <input type="checkbox"/> Ултразвук	
Очаквана дата на раждане	(дд / мм / гггг)			
Многоплодна бременност?	Да*	Не	Не е известно	*Посочете броя и попълнете един формуляр за бременност (раздел Е) за всеки плод / новородено
Родство (кръвна връзка) между майката и бащата?	Да*	Не	*Посочете	
Лечение за безплодие?	Да*	Не	*Посочете	
Неуспешна контрацепция?	Да*	Не	*Посочете метода на контрацепция	

Лекарства, приемани по време на бременността (лекарства, отпускани по лекарско предписание, без рецепта, хранителни добавки за бременни, например фолиева киселина, мултивитамини)

ЛЕКАРСТВО	ПАРТИДА №	ДОЗА	ЕДИНИЦА	ПЪТ НА ВЪВЕЖДА НЕ	ОТ (ДАТА ИЛИ ГЕСТАЦИОННА ВЪЗРАСТ)	ДО (ДАТА ИЛИ ГЕСТАЦИОННА ВЪЗРАСТ)	ПОКАЗАНИЕ

АКО СА ВЪЗНИКНАЛИ НЕЖЕЛАНИ РЕАКЦИИ, ПОПЪЛНЕТЕ ФОРМУЛЯР ЗА НЕЖЕЛАНИ РЕАКЦИИ

Формуляр за експозиция по време на бременност

УПОТРЕБА НА УПОЙВАЩИ ВЕЩЕСТВА ЗА УДОВОЛСТВИЕ				ПРИЛАГАНИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ?	
	НЕ	ДА	КОЛИЧЕСТВО	НЕ	ДА
ТЮТЮН					
АЛКОХОЛ					
ЗАБРАНЕНИ ВЕЩЕСТВА					
ИЗЛАГАНЕ НА					
	НЕ	ДА			
РЕНТГЕНОВО ОБЛЪЧВАНЕ					
				Уточнете, ако отговорът е „Да“	
ДРУГИ ХИМИЧНИ ВЕЩЕСТВА (например пестициди)					

ПРЕДХОДЕН ИМУНИТЕТ КЪМ			
	ДА	НЕ	НЕ Е ИЗВЕСТНО
РУБЕОЛА			
ТОКСОПЛАЗМОЗА			
ЦИТОМЕГАЛОВИРУС			
ЛИСТЕРИЯ			

АНТЕНАТАЛЕН ПРЕГЛЕД		
	Отбележете, ако имате данни	Посочете, ако имате данни
УЛТРАЗВУК		
АМНИОЦЕНТЕЗА		
АЛФА-ФЕТОПРОТЕИН (АФР) В МАЙЧИНИЯ СЕРУМ		
ХОРИОНБИОПСИЯ		
ВЗЕМАНЕ НА КРЪВНИ ПРОБИ ОТ ПЪПНАТА ВРЪВ		
НАБЛЮДЕНИЕ НА БИОФИЗИЧНИТЕ ЕЛЕКТРИЧЕСКИ ПРОЦЕСИ		
ДРУГИ		

РАЖДАНЕ		
Начин на раждане	ЕСТЕСТВЕНО	ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ

Формуляр за експозиция по време на бременност

Усложнения при раждането (например фетален дистрес, абнормна амниотична течност)		
АБНОРМНА ПЛАЦЕНТА	НЕ	Да (уточнете)

Фамилна анамнеза		
Възникнали случаи на (отбележете)	Родствена връзка с	
	Майката	Бащата
Спонтанен аборт		
Наследствено заболяване		
Аномалии/малформации		
Психомоторна ретардация		

ИНФОРМАЦИЯ ЗА БАЩАТА, АКО Е УМЕСТНО							
ПАЦИЕНТ (инициали):		ДАТА НА РАЖДАНЕ (дд/мм/гггг):			ВЪЗРАСТ:		
ПРОФЕСИЯ:				РЪСТ (см):			
ОБРАЗОВАНИЕ:				ТЕГЛО (кг):			
АНАМНЕЗА		НАЧАЛНА ДАТА (дд / мм / гггг)		КРАЙНА ДАТА ИЛИ ТЕКУЩО (дд / мм / гггг)			
ЛЕКАРСТВО	ПАРТИДА №	ДОЗА	ЕДИНИЦА	ПЪТ НА	ОТ (ДАТА)	ДО (ДАТА)	ПОКАЗАНИЕ

Формуляр за експозиция по време на бременност

				ВЪВЕЖДАНЕ			

ИНФОРМАЦИЯ ЗА НОВОРОДЕНОТО

ИЗХОД ОТ БРЕМЕННОСТТА	Дата (дд / мм / гггг) Седмици след ПМЦ	
Отбележете съответния отговор		
ЖИВО РАЖДАНЕ		
СПОНТАНЕН АБОРТ		
СМЪРТ НА ПЛОДА НА КЪСЕН ЕТАП		
ЕКТОПИЧНА БРЕМЕННОСТ		
МОЛАРНА БРЕМЕННОСТ		
ПРЕКРАТЯВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА ПО ЖЕЛАНИЕ		

ДАНИИ ЗА ПЛОДА/НОВОРОДЕНОТО В КРАЯ НА БРЕМЕННОСТТА

АКО Е РОДЕНО ЖИВО

Дата на раждане (дд/мм/гггг)			
Гестационна възраст при раждането		седмици (след ПМЦ)	
Пол	Мъжки	Женски	
Тегло (кг)			
Дължина (см)			
Обиколка на главата (см)			
Оценка по Апгар		на 1-та минута	на 5-та минута
Необходимост от реанимация?	НЕ		ДА
			Посочете (лечения/процедури/лекарствени терапии/изход)
Прием в интензивно отделение?	НЕ		ДА
			Посочете (лечения/процедури/лекарствени

Формуляр за експозиция по време на бременност

		терапии/изход)	
Дисматуритет?	НЕ		ДА
		Опишете	
АКО ДЕТЕТО Е РОДЕНО МЪРТВО			
Находки при преглед на плода (пол /аномалии и т.н.)			
Установена причина за смъртта			

ПО-НАТАТЪШНО РАЗВИТИЕ НА НОВОРОДЕНОТО				
Възраст				
Тегло (кг)				
Ръст (см)				
Кърмено?	Не		ДА	
				До възраст
				Текущо
Здраво?	ДА		НЕ	Ако отговорът е „Не“, опишете в таблицата по-долу

Състояние / Заболяване / Малформация	Начална дата или възраст при проява на заболяването	Крайна дата или възраст, или текущо	Лечение(я) Попълнете в таблицата по-долу, ако е приложено лечение.

ЛЕКАРСТВО	ПАРТИДА №	ДОЗА	ЕДИНИЦА	ПЪТ НА ВЪВЕЖДАНЕ	ОТ (ДАТА)	ДО (ДАТА)	ПОКАЗАНИЕ

Формуляр за експозиция по време на бременност

Описателно резюме:

Име и адрес на съобщителя (поверително)

Име и адрес на съобщителя (поверително)	
Тел.:	
Факс:	
e-mail:	
Квалификация:	<input type="checkbox"/> общопрактикуващ лекар <input type="checkbox"/> акушер / гинеколог <input type="checkbox"/> потребител <input type="checkbox"/> друго

Подпис:

Дата (дд/мм/гггг):

Съобщихте ли този случай на националните здравни/регулаторни органи? (ПОВЕРИТЕЛНО. НАСТОЯЩАТА ИНФОРМАЦИЯ СЕ ИЗПОЛЗВА САМО ПРИ ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ И УСТАНОВЯВАНЕ НА ЕВЕНТУАЛНИ ДУБЛИРАНИ СЪОБЩЕНИЯ ЗА НЕЖЕЛАНИ ЛЕКАРСТВЕНИ РЕАКЦИИ)

НЕ ДА Ако отговорът е „Да“, посочете органа(ите) и датата(те) на подаване на съобщението