

W przypadku działania niepożądanego należy wypełnić formularz zgłoszenia niepożądanego zdarzenia lub działania produktu leczniczego

Tylko do użytku Tarchomińskich Zakładów Farmaceutycznych "Polfa" S.A	Numer
Data otrzymania przez podmiot odpowiedzialny/Data otrzymania publikacji przez podmiot odpowiedzialny	
Osoba przyjmująca zgłoszenie Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	

1) LEK(I) STOSOWANY(E) W CZASIE CIĄŻY

Nazwa leku lub substancji czynnej	Wskazanie(a)	Nr serii	Data ważności
Czynności podjęte w stosunku do leku (dawka zwiększona/zmniejszona, lek odstawiony/ponownie podany, nie podjęto czynności, nie wiadomo)	Dawkowanie, droga podania, postać leku	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania

2) INFORMACJE O OSOBE ZGŁASZAJĄCEJ

Nazwisko i imię	Adres (ulica, miasto, kraj)		
Nr telefonu	Kwalifikacje osoby zgłaszającej		
E-mail	<input type="checkbox"/> Lekarz <input type="checkbox"/> Inna osoba wykonująca zawód medyczny <input type="checkbox"/> Farmaceuta <input type="checkbox"/> Osoba niewykonywująca zawodu medycznego <input type="checkbox"/> Autor publikacji medycznej <input type="checkbox"/> Pacjent		
Data i podpis osoby zgłaszającej	Pieczątka osoby zgłaszającej	Zgłoszenie do organów stanowiących: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo	

3) INFORMACJE DOTYCZĄCE MATKI

Inicjały	Data urodzenia lub wiek	Masa ciała (kg) Wzrost (cm)	Rasa <input type="checkbox"/> Biała <input type="checkbox"/> Azjatycka <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/> Czarna <input type="checkbox"/> Nie podano
Czy ciąża trwa nadal? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		Wiek ciąży w tygodniach	
Przewidywana data porodu			
Data rozwiązania			
Rozpoznanie ciąży <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> Test ciążowy <input type="checkbox"/> Badanie ginekologiczne			
Wywiad lekarski i ginekologiczno-polożniczy (problemy zdrowotne matki, stosowane leki, palenie, nadużywanie alkoholu, alergie, informacje o poprzednich ciążach, ilość dzieci)			
Czy w czasie ciąży wystąpiły zdarzenia medyczne? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
Jeśli tak, proszę opisać poniżej wszelkie powikłania, infekcje, choroby w czasie ciąży i ekspozycję na leki.			

4) INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAKOŃCZENIA CIĄŻY

<input type="checkbox"/> Poród naturalny <input type="checkbox"/> Cesarskie cięcie <input type="checkbox"/> Poród zabiegowy <input type="checkbox"/> Poronienie <input type="checkbox"/> Nie podano				
<input type="checkbox"/> Przerwanie ciąży				
Czy przerwanie ciąży było zalecane przez lekarza? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				
Jeśli tak, proszę sprecyzować: _____				
<input type="checkbox"/> Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu				
<input type="checkbox"/> Poród o czasie – wiek ciąży (w tygodniach) _____				
<input type="checkbox"/> Poród przed czasem. Jeśli wystąpił poród przed czasem, proszę podać wiek ciążowy (w tygodniach) _____				
<input type="checkbox"/> Nie podano				
Proszę podać szczegóły nieprawidłowego stanu lub komplikacji w czasie porodu/po porodzie. Proszę opisać objawy, diagnozę, badania i wskazać prawdopodobną przyczynę zdarzenia.				

5) INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA

<input type="checkbox"/> Zdrowy noworodek	<input type="checkbox"/> Komplikacje u noworodka	<input type="checkbox"/> Wada wrodzona/Uraz okołoporodowy
<input type="checkbox"/> Martwe urodzenie	<input type="checkbox"/> Ciąża mnoga	<input type="checkbox"/> Śmierć dziecka po urodzeniu
Data urodzenia dziecka	Masa ciała Długość	Płeć dziecka <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> męska
Ocena w skali Apgar	W 1 minucie życia	W 5 minucie życia
Dodatkowe informacje o stanie zdrowia dziecka		
Jeśli wystąpiło zdarzenie (u matki, płodu, noworodka), czy istnieje uzasadniona możliwość, że mogło to być spowodowane przez lek stosowany w czasie ciąży? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, proszę podać nazwę leku i przyczynę jego zastosowania:		