



FORMULARZ ZGŁOSZENIA INFORMACJI O PRZEBIEGU CIAŻY

Informacje dostarczone przez: _____ Numer Raportu Lilly: _____
Podpis: _____ Data: _____
Imię, nazwisko i tytuł zawodowy

Osoba zgłaszająca (imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz)

Imię i Nazwisko (drukowanymi literami): _____
Tytuł: _____
Adres: _____
Telefon: _____ Fax: _____
Podpis: _____

Dane dotyczące pacjenta

Inicjały: _____ Data urodzin: _____
Termin porodu: _____ Data ostatniej miesiączki: _____
Czy u matki przeprowadzono jakieś badania diagnostyczne w czasie ciąży? (np. amniopunkcja, USG, itp.) Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Jeśli tak, data: _____ proszę opisać: _____

Poprzednie ciąży i ich rezultaty (proszę określić ekspozycję na lek i wskazać komplikacje (jeśli wystąpiły):

Historia medyczna matki/czynniki ryzyka (np. nadciśnienie, napady padaczkowe, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, narkomania, wywiad rodzinny, etc):

Metody antykoncepcji: _____

Lek Lilly

Nazwa leku: _____ Dawkowanie: _____
Data rozpoczęcia: ___/___/___ Data zakończenia: ___/___/___ Numer serii: Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>
Jeśli tak: numer _____
Wskazanie: _____
Okres ekspozycji:
0-12 Tydzień: <input type="checkbox"/> 13-24 Tydzień: <input type="checkbox"/> 25+ Tydzień: <input type="checkbox"/>

Leki towarzyszące

Leki Towarzyszące: (włączając leki bez recepty, zioła, itp.)				
Lek:	Od kiedy:	Do kiedy:	Dawka:	Wskazanie:
_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____

Powikłania u matki

Czy u matki wystąpiły jakieś powikłania w czasie tej ciąży?	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Jeśli tak, proszę wyjaśnić: _____
Interwencja: _____	
Czy nadal trwają: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Czy w Pani/Pana opinii powikłania są związane z zastosowaniem leku Lilly?	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	

Follow-Up kontakt

Pracownik Służby Zdrowia odpowiedzialny za monitorowanie ciąży pacjentki:	
Imię i Nazwisko: _____	
Adres: _____	
Telefon: _____	Fax: _____