

**Форма отчета о течении и исходе беременности после приема препарата
ТЕРИФЛУНОМИД-ХИМРАР**

Форма заполняется:

при наступлении беременности;

при рождении ребенка:

сразу после рождения ребенка;

через 3 месяца от рождения ребенка;

в 1 год от рождения ребенка;

указание другого исхода беременности;

прием препарата ТЕРИФЛУНОМИД-ХИМРАР в период грудного вскармливания:

при выявлении приема препарата ТЕРИФЛУНОМИД-ХИМРАР в период грудного вскармливания;

в 1 год от рождения ребенка

Медицинский или фармацевтический работник, сообщаящий о нежелательной реакции _____ _____ (фамилия, имя, отчество) Телефон: _____ Должность и место работы: _____ Адрес учреждения: _____ Дата заполнения: ____/____/____ г				Информация о пациентке Инициалы: _____ Номер медицинской карты _____ Дата рождения: ____/____/____ г. Вес (кг): _____ Нарушение функции печени <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно Нарушение функции почек <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно Аллергия (указать на что): _____ _____	
Лечение: <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное <input type="checkbox"/> самолечение Сообщение: <input type="checkbox"/> первичное <input type="checkbox"/> повторное (дата первичного _____)					
ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА					
Международное непатентованное название			Торговое название		
Производитель				Номер серии	
Показание к применению	Путь введения	Разовая доза	Кратность введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии
				____/____/____	____/____/____
ДРУГИЕ ОДНОВРЕМЕННО ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ (Укажите «НЕТ», если других лекарственных препаратов пациент не принимал)					

Международное непатентованное название или торговое название лекарственного препарата	Показание к применению	Путь введения	Разовая доза	Кратность введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии
					/ /	/ /
					/ /	/ /
					/ /	/ /
					/ /	/ /

АНАМНЕЗ:

Диагноз: _____

Другие заболевания:

Диабет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно	Наркотическая зависимость <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно
Повышенное АД <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно	Краснуха <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно
Эпилепсия <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно	Токсоплазмоз <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно
Психические заболевания <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно	ВИЧ <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно
Курение <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно	Вирусный гепатит <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно
	Другое <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно

Подробно: _____ Подробно: _____

Гинекологический

анамнез:

Подробно: _____

Контрацепция: да нет не известно

КОК

ВМС

Барьерные методы

Другое указать что _____

Норм.менстр.функция да нет не известно

Анамнез беременности:

Предыдущие беременности: (указать количество)

Роды: _____

Количество детей: _____

живые _____

умершие _____

пороки развития _____

Зарегистрированные осложнения (невынашивание, внутриутробная гибель, внематочная беременность и т.д.)

Порок развития/неонатальная да нет
патология да нет

Нуждается ли в спец. уходе

Прием матерью препарата ТЕРИФЛУНОМИД-ХИМРАР в период грудного вскармливания

да
 нет

Если ДА, то указать срок приема препарата ТЕРИФЛУНОМИД-ХИМРАР

с ____ / ____ / ____ г по ____ / ____ / ____ г

дата рождения ребенка: ____ / ____ / ____ г

Состояние ребенка на дату отмены препарата (наличие или отсутствие каких-либо заболеваний, пороков развития) _____

Состояние ребенка на дату 3 месяца от даты рождения (наличие или отсутствие каких-либо заболеваний, пороков развития) _____

Состояние ребенка на дату 12 месяцев от даты рождения (наличие или отсутствие каких-либо заболеваний, пороков развития) _____

Важная дополнительная информация

Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации лекарственных препаратов в крови (тканях), если таковые имеются (пожалуйста, приведите даты):

Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо

____/____ 20__ г.

(подпись)

Заполненную форму необходимо выслать: safety@iibr.ru