

Гинекологический анамнез:

Контрацепция: да нет не известно

КОК

ВМС

Барьерные методы

Другое указать что _____

Норм.менстр.функция да нет не известно

Подробно: _____

Анамнез беременности:

Предыдущие беременности: (указать количество) _____

Роды: _____

Количество детей: _____

живые _____

умершие _____

пороки развития _____

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

Семейный анамнез (наследственные заболевания матери/отца, близкородственные браки и т.д.):

Течение беременности

Неблагоприятные воздействия:

Никотин да нет не известно

Алкоголь да нет не известно

Наркотическая зависимость да нет не известно

Другое да нет не известно

Указать _____

Заболевания на фоне беременности

Артериальная гипертензия да нет не известно

Диабет да нет не известно

Инфекции да нет не известно

Другое да нет не известно

Указать _____

Течение беременности

Зарегистрированные осложнения на фоне беременности да нет не известно

Если ДА, то указать _____

Роды и информация о новорожденном

Исход беременности/роды:

Был ли ребенок доношен да нет

Жив ли ребенок да нет

Дата рождения ____/____/____ г

Срок: _____ нед.

Роды норма индуцир. кесарево сечение

Родовая травма да нет не известно

Плацента норма да нет не известно

Лекарственные препараты да нет не известно

Укажите другой исход (если применимо):

Невынашивание

Внематочная беременность

Порок развития

Аборт

Внутриутробная гибель

Гистопатология

Подробно _____

Новорожденный

пол	Недონесенный	Вес (кг)	Длина (см)	По шкале Апгар	
1 <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> м	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 мин <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 мин <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> м		<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 мин <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 мин <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> м		<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 мин <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 мин <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Нуждался ли в интенсивной терапии да нет

Порок развития/неонатальная патология да нет

Нуждается ли в спец.уходе да нет

Подробности _____

Прием матерью препарата НЕСКЛЕР® в период грудного вскармливания <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Если ДА, то указать срок приема препарата НЕСКЛЕР® 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