



MODULO INIZIALE PER SEGNALARE UNA GRAVIDANZA

INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE:

Nome del segnalatore:

Occupazione:

Indirizzo:

Città, Paese:

Telefono N.:

Indirizzo Email:

Fax N.:

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE FEMMINA

ID del paziente:

Età:

Data di nascita:

PARTNER FEMMINILE DI UN PAZIENTE MASCHIO

ID:

Età:

Data di nascita:

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE:CAPSULE DI TALIDOMIDE

Lotto N.

Data di scadenza:

Dosaggio:

Frequenza:

Data di inizio:

Data di interruzione:

Indicazione per l'uso:

FOLLOW-UP DELLA GRAVIDANZA

	Si	No
La paziente è stata già indirizzata da un ostetrico/ginecologo		
Se si, si prega di specificare il suo nome ed i suoi contatti		



MOTIVO DEL FALLIMENTO DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLA GRAVIDANZA		
	Si	No
La paziente è stata erroneamente considerata non essere potenzialmente fertile		
Se sì, riportare i motivi per averla considerata non potenzialmente fertile		
a. Età \geq 50 anni e naturalmente amenorroica per \geq 1 anno		
b. Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo specialista		
c. Precedente salpingo-ooforectomia bilaterale, o isterectomia		
d. Genotipo XY, Sindrome di Turner, agenesi uterina.		
Indicare nella lista in basso quale metodo contraccettivo è stato usato	Si	No
a. Impianto		
b. Sistema intrauterino a rilascio di Levonorgestrel (IUS)		
c. Deposito di medrossiprogesterone acetato		
d. Sterilizzazione delle tube (specificare di seguito)		
I. Legatura delle tube		
II. Diatermia delle tube		
III. Clips delle tube		
e. Rapporti sessuali solo con partner maschili vasectomizzati; la vasectomia deve essere confermata da due analisi del seme con risultato negativo		
f. Pillole inibitori dell'ovulazione a base di solo progestinico (i.e., desogestrel)		
g. Altre pillole a base di solo progestinico		
h. Pillola contraccettiva orale combinata		
i. Altri dispositivi intra-uterini		
j. Preservativi		
k. Cappuccio cervicale		
l. Spugna vaginale		



Indicare nella lista in basso quale metodo contraccettivo è stato usato	Si	No
m. Sospensione		
n. Altro		
o. Nessuno		
Indicare nella lista in basso la ragione del fallimento del metodo contraccettivo.	Si	No
Mancata contraccezione orale		
Altra medicazione o malattia intercorrente che interagisca con contraccezione orale		
Identificato incidente con metodo a barriera		
Non noto		
La paziente si è impegnata ad una completa e continua astinenza		
È stato intrapreso il trattamento con pomalidomide nonostante la paziente fosse già incinta.		
La paziente ha ricevuto materiale educativo sul potenziale rischio di teratogenicità		
La paziente ha ricevuto istruzioni sulla necessità di evitare una gravidanza		
INFORMAZIONI PRENATALI		
Data dell'ultima mestruazione:	Data prevista del parto:	
Test di gravidanza	Intervallo di riferimento	Data
Esame qualitativo urine		
Esame quantitativo siero		



STORIA OSTETRICA PASSATA							
Anno della gravidanza	Esito						
	Aborto spontaneo	Aborto terapeutico	Nato vivo	Ancora vivo	Età gestazionale	Tipo di parto	
DIFETTI ALLA NASCITA							
					Si	No	Non noto
Era presente qualche difetto alla nascita in qualsiasi gravidanza							
È presente una storia familiare di qualsiasi tipo di anomalie congenite							
Se si ad una qualsiasi di queste domande, si prega di fornire dettagli di seguito							

PRECEDENTE STORIA MEDICA MATERNA				
Condizione	Date		Trattamento	Esito
	Da	A		



CONDIZIONI MEDICHE MATERNE CORRENTI		
Condizione	Da	Trattamento
STORIA SOCIALE MATERNA		
	Si	No
Alcol		
Se si, quantità/unità giornaliera:		
Tabacco		
Se si, quantità giornaliera:		
Uso di farmaci in tabella IV o droghe ricreative:		
Se si, fornire dettagli		



MEDICINALI UTILIZZATI DALLA MADRE DURANTE LA GRAVIDANZA E NELLE 4 SETTIMANE PRECEDENTI LA GRAVIDANZA (includendo prodotti erboristici, farmaci da banco ed integratori alimentari)

Medicinale/trattamento	Data di inizio	Data di interruzione/ Continuativo	Indicazione

NOME DELLA PERSONA CHE COMPILA QUESTO MODULO	FIRMA	DATA