

Thalidomide meldformulier voor zwangerschap

Afdeling Geneesmiddelenveiligheid van Milstein

Tel: 085-1302520

E-mail: info@milstein.nl

Vul dit formulier in om een zwangerschap te melden indien:

Een vrouwelijke patiënt behandeld wordt met thalidomide of;

Een vrouwelijke partner van een mannelijke patiënt die met thalidomide wordt behandeld.

Stuur dan onmiddellijk een e-mail naar Milstein op bovenstaand adres. Als onderdeel van het veiligheidsmonitoringsysteem van Milstein hebben we mogelijk meer informatie nodig over gemelde zwangerschappen. Milstein kan daarom te zijner tijd contact met u opnemen voor meer informatie en zou uw medewerking op prijs stellen om ervoor te zorgen dat wij alle relevante informatie kunnen verkrijgen.

Datum van bewustwording:		
Geslacht patiënt: <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man		
<input type="checkbox"/> Zwangerschap van patiënt <input type="checkbox"/> Zwangerschap van de partner van de patiënt OF <input type="checkbox"/> Blootstelling aan een zwangere vrouw (complete informatie hieronder weergegeven)		
Initialen van zwangere vrouw: Geboortedatum: Leeftijd:		
Initialen van patiënt: (wie het medicijn heeft ontvangen)	Geboortedatum:	Leeftijd:
Naam van het medicijn:	Datum van eerste dosering:	Datum van laatste dosering:
Zwangerschap initieel gediagnosticeerd door: <input type="checkbox"/> Urinetest thuis <input type="checkbox"/> Voldragen zwangerschap <input type="checkbox"/> Urinetest bij arts		
Datum van de zwangerschapstest:		Datum laatste menstruatie:

Vrouw is momenteel: _____ weken zwanger

Niet meer zwanger

Onbekend

Vrouw heeft besloten:

Zwangerschap te voldragen - Verwachte datum van bevalling:

Zwangerschap te termineren - (geplande) Datum:

Informatie over melder

Naam van melder:

Handtekening van melder:

Datum:

Contactinformatie/Adres van melder:

Telefoonnummer van melder:

E-mailadres van melder:

Faxnummer van melder:

Informatie over de arts van de patiënt :

Naam van huisarts:

Contactinformatie/adres van arts:

Handtekening van arts:

Datum:

Telefoonnummer van arts:	E-mailadres arts:	Faxnummer van arts:
--------------------------	-------------------	---------------------

Achtergrondinformatie over de reden voor de zwangerschap

	Ja	Nee
Werd ten onrechte aangenomen dat de patiënt niet zwanger kon worden?		
Zo ja, vermeld dan de reden waarom werd aangenomen dat de patiënt niet zwanger kon worden:		
Leeftijd \geq 50 jaar en sinds \geq 1 jaar in natuurlijke amenorroe. Amenorroe als gevolg van de behandeling van kanker of die optreedt tijdens de borstvoeding, sluit niet uit dat de patiënt niet zwanger kan worden		
Premature menopauze bevestigd door een gynaecoloog		
Eerdere bilaterale salpingo-ovariëctomie of hysterectomie		
XY-genotype, syndroom van Turner, baarmoederagenesie.		

Geef uit de onderstaande lijst aan welke anticonceptie gebruikt werd

Implantaat		
Levonorgestrelvrijzettend intra-uterien systeem (IUS)		
Sterilisatie door afsluiting van de eileiders (specificeer hieronder) Eileider ligatie Eileider diathermie Eileider clips		

Geslachtsgemeenschap uitsluitend met een mannelijke partner die een vasectomie ondergaan heeft. De vasectomie moet bevestigd zijn door twee negatieve sperma-analyses		
Ovulatieremmende pillen met enkel progesteron (nl. desogestrel)		
Ander pillen met enkel progesteron		
Gecombineerde orale anticonceptiepil		
Andere intra-uteriene systemen		
Condooms		
Cervix kapje		
Spons		
Onthouding		
Andere		
Geen		

Geef uit de onderstaande lijst de reden aan voor het falen van de anticonceptie

Orale anticonceptie vergeten		
Andere medicijnen of bijkomende ziekten die interactie hebben met orale anticonceptie		
Geïdentificeerd ongeluk met barrièremethode		
Onbekend		

Had de patiënt zich verplicht tot volledige en voortdurende onthouding		
Was het medicijn al gestart ondanks dat de patiënt al zwanger was?		
Heeft de patiënt voorlichtingsmateriaal ontvangen over het potentiële risico op teratogeniteit?		
Heeft de patiënt instructies ontvangen over de noodzaak om zwangerschap te vermijden?		

Geboortefwijkingen

	Ja	Nee	Onbekend
Was er sprake van een geboortefwijking tijdens één van de zwangerschappen?			
Zijn er in de voorgeschiedenis van de familie aangeboren afwijkingen geweest?			
Als u op een van deze vragen 'ja' hebt geantwoord, verstrek dan hieronder meer informatie:			

Medische voorgeschiedenis van de moeder

Aandoening	Data (van en tot)	Behandeling	Uitkomst

Huidige medische aandoeningen bij de moeder

Aandoening	Van	Behandeling

Sociale voorgeschiedenis van de moeder

Alcohol

zo ja, hoeveelheid/eenheden per dag:

Tabak

zo ja, hoeveelheid/eenheden per dag:

IV of recreatief gebruik van drugs:

zo ja, hoeveelheid/eenheden per dag:

Medicatie van de moeder tijdens de zwangerschap en in de 4 weken vóór de zwangerschap

(inclusief kruidengeneesmiddelen, alternatieve geneesmiddelen
en vrij verkrijgbare geneesmiddelen en voedingssupplementen)

Medicatie/Behandeling	Data (Startdatum en Stopdatum/Nog onder behandeling)	Indicatie

Naam van de persoon die dit formulier invult

Naam:

Datum:

Handtekening:

Handtekening van de melder (verplicht)

Handtekening:

Datum getekend: