

# FORMULARZ ZGŁOSZENIA CIĄŻY

Prosimy o natychmiastowe przesłanie formularza faksem lub na adres e-mail do Accord Healthcare Polska Sp. z o.o. na poniższy numer/adres.

Proszę wypełnić ten formularz, aby zgłosić ciążę u pacjentki leczonej Lenalidomide Accord (lub partnerki pacjenta płci męskiej leczonego Lenalidomide Accord). Prosimy o natychmiastowy kontakt z Accord Healthcare Polska (telefon: 22 577 28 00, fax: 22 577 29 01 lub e-mail: [lenalidomid@accord-healthcare.com](mailto:lenalidomid@accord-healthcare.com))

W ramach Systemu Monitorowania Bezpieczeństwa Accord Healthcare Polska bardzo ważne jest, abyśmy monitorowali wszystkie zgłoszone ciąży. Dlatego firma Accord Healthcare Polska Sp. z o.o. skontaktuje się z Państwem w celu uzyskania dalszych informacji w odpowiednim czasie.

Doceniamy Państwa współpracę i ufamy, że będziemy w stanie z Państwa pomocą uzyskać wszystkie istotne informacje dotyczące ekspozycji płodu na Lenalidomide Accord.

## Informacje dotyczące osoby raportującej

Imię i nazwisko: ..... Zawód: .....  
Adres: ..... Miasto/kraj: .....  
Telefon/fax: ..... E-mail: .....

## Dane pacjentki

Inicjały: ..... Wiek: ..... Data urodzenia: .....

## Dane partnera pacjentki

Inicjały: ..... Wiek: ..... Data urodzenia: .....

## Informacje dotyczące leczenia lekiem Lenalidomide Accord

Numer serii: ..... Data ważności: ..... Moc: ..... Dawkowanie: .....  
Data rozpoczęcia leczenia: ..... Data zakończenia leczenia: .....  
Wskazanie: .....

## Informacje dotyczące ciąży

Data ostatniej miesiączki: ..... Czy miesiączki występują regularnie? Tak  Nie   
Szacowany wiek ciąży: ..... Szacowany termin porodu: .....

## Informacja dotycząca antykoncepcji

Czy pacjentka stosowała antykoncepcję? Tak  Nie

## Stosowana metoda antykoncepcyjna

## Potwierdzenie ciąży

Stosowana metoda: ..... Data: ..... Wynik: .....

## Kontrola przebiegu ciąży

Czy pacjentka została skierowana do ginekologa / położnika? Tak  Nie

Jeśli tak, proszę podać jej / jego imię i nazwisko oraz dane kontaktowe:

.....

(Data i podpis osoby wypełniającej formularz)



Accord Healthcare Polska Sp. z o.o.  
ul. Taśmowa 7, 02-677 Warszawa  
tel.: +48 22 577 28 00  
faks: +48 22 577 29 01

[www.accord-healthcare.pl](http://www.accord-healthcare.pl)