

| | | | | |
|------------------------|---------------|-------------------|---------------------------|------------------------|
| Codice Paziente | Centro | Iniz. Paz. | Data Registrazione | Data di Nascita |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.

Gravidanza della paziente o della partner del paziente maschio : Sì No

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE: CAPSULE DI LENALIDOMIDE

| | |
|------------------------|--|
| Lotto N.: | _____ |
| Data di scadenza*: | ___/___/___ (gg/mm/aaaa) |
| Dosaggio: | _____ |
| Frequenza: | _____ |
| Data di inizio*: | ___/___/___ (gg/mm/aaaa) |
| Data di interruzione*: | ___/___/___ (gg/mm/aaaa) |
| Indicazione per l'uso: | Mielodisplasia a rischio basso o intermedio |

FOLLOW-UP DELLA GRAVIDANZA

| | |
|--|---|
| La paziente è stata già indirizzata da un ostetrico/ginecologo*: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Se sì, si prega di specificare il suo nome ed i suoi contatti: | _____ |

MOTIVO DEL FALLIMENTO DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLA GRAVIDANZA

| | |
|--|---|
| La paziente è stata erroneamente considerata non essere potenzialmente fertile*: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Se sì, riportare i motivi per averla considerata non potenzialmente fertile | |
| a. Età \geq 50 anni e naturalmente amenorrea per \geq 1 anno*: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| b. Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo specialista*: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| c. Precedente salpingo-ovariectomia bilaterale, o isterectomia*: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| d. Genotipo XY, Sindrome di Turner, agenesi uterina*: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Indicare nella lista in basso quale metodo contraccettivo è stato usato

| | |
|--|---|
| a. Impianto*: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| b. Sistema intrauterino a rilascio di Levonorgestrel (IUS)*: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| c. Deposito di medrossiprogesterone acetato*: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| d. Sterilizzazione tubarica*: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

| | |
|--|----------------------------|
| Se sì, specificare | |
| I. Legatura delle tube*: | Sì No |
| II. Diatermia delle tube*: | Sì No |
| III. Clips delle tube*: | Sì No |
| e. Rapporti sessuali solo con partner maschili vasectomizzati; la vasectomia deve essere confermata da due analisi del seme con risultato negativo*: | Sì No |
| f. Pillole inibitrici dell'ovulazione a base di solo progestinico (i.e., desogestrel)*: | Sì No |
| g. Altre pillole a base di solo progestinico*: | Sì No |
| h. Pillola contraccettiva orale combinata*: | Sì No |
| i. Altri dispositivi intra-uterini*: | Sì No |
| j. Preservativi*: | Sì No |
| k. Cappuccio cervicale*: | Sì No |
| l. Spugna vaginale*: | Sì No |
| m. Sospensione*: | Sì No |
| n. Altro*: | Sì No |
| o. Nessuno*: | Sì No |
| Indicare nella lista in basso la ragione del fallimento del metodo contraccettivo | |
| Mancata contraccezione orale*: | Sì No |
| Altra medicazione o malattia intercorrente che interagisca con contraccezione orale*: | Sì No |
| Identificato incidente con metodo a barriera*: | Sì No |
| Non noto*: | Sì No |
| | |
| La paziente si è impegnata ad una completa e continua astinenza*: | Sì No |
| È stato intrapreso il trattamento con lenalidomide nonostante la paziente fosse già incinta*: | Sì No |
| la paziente ha ricevuto materiale educativo sul potenziale rischio di teratogenicità*: | Sì No |
| la paziente ha ricevuto istruzioni sulla necessità di evitare gravidanza*: | Sì No |
| INFORMAZIONI PRENATALI | |
| Data dell'ultima mestruazione:* : | ____/____/____(gg/mm/aaaa) |

Data prevista del parto*: ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

| Test di gravidanza | Valore | Intervallo di riferimento | | Data |
|---|----------------|---------------------------|-------------|----------------|
| | | Min | Max | |
| Esame qualitativo urine Esame quantitativo siero | ____ mUI/mL | ____ mUI/mL | ____ mUI/mL | ____/____/____ |
| Esame qualitativo urine Esame quantitativo siero | ____ mUI/mL | ____ mUI/mL | ____ mUI/mL | ____/____/____ |

PRECEDENTE ANAMNESI OSTETRICA

| Anno della gravidanza | Esito | Età gestazionale | Tipo di parto |
|-----------------------|--|------------------|---------------|
| _____ | Aborto spontaneo Aborto terapeutico Nato vivo Ancora vivo | _____ | _____ |
| _____ | Aborto spontaneo Aborto terapeutico Nato vivo Ancora vivo | _____ | _____ |
| _____ | Aborto spontaneo Aborto terapeutico Nato vivo Ancora vivo | _____ | _____ |
| _____ | Aborto spontaneo Aborto terapeutico Nato vivo Ancora vivo | _____ | _____ |
| _____ | Aborto spontaneo Aborto terapeutico Nato vivo Ancora vivo | _____ | _____ |
| _____ | Aborto spontaneo Aborto terapeutico Nato vivo Ancora vivo | _____ | _____ |

DIFETTI ALLA NASCITA

| | |
|--|----------------------|
| Era presente qualche difetto alla nascita in qualsiasi gravidanza*: | Sì No Non Noto |
| È presenta una storia familiare di qualsiasi tipo di anomalie congenite*: | Sì No Non Noto |
| Se si ad una qualsiasi di queste domande, si prega di fornire dettagli di seguito: | _____ |

PRECEDENTE ANAMNESI MATERNA

| Condizione | Date | Trattamento | Esito |
|------------|------------------|-------------|-------|
| | Da _____ A _____ | | |
| _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |
| _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |

| | | | | |
|-------|-------------|-------------|-------|-------|
| _____ | ___/___/___ | ___/___/___ | _____ | _____ |
| _____ | ___/___/___ | ___/___/___ | _____ | _____ |
| _____ | ___/___/___ | ___/___/___ | _____ | _____ |
| _____ | ___/___/___ | ___/___/___ | _____ | _____ |

CONDIZIONI MEDICHE MATERNE CORRENTI

| Condizione | Da | Trattamento |
|------------|--------------------------|-------------|
| _____ | ___/___/___ (gg/mm/aaaa) | _____ |
| _____ | ___/___/___ (gg/mm/aaaa) | _____ |
| _____ | ___/___/___ (gg/mm/aaaa) | _____ |
| _____ | ___/___/___ (gg/mm/aaaa) | _____ |
| _____ | ___/___/___ (gg/mm/aaaa) | _____ |

STORIA SOCIALE MATERNA

| | |
|---|------------------------|
| Alcol: | Sì No |
| Se sì, quantità/unità giornaliera: | _____ cl |
| Tabacco: | Sì No |
| Se sì, quantità/unità giornaliera: | _____ sigarette |
| Uso di farmaci in tabella IV o droghe ricreative: | Sì No |
| Se sì, fornire dettagli: | _____ |

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

| Medicinale/trattamento | Data di inizio | Data di interruzione/Continuativo | Indicazione |
|------------------------|----------------|-----------------------------------|-------------|
| _____ | ___/___/___ | ___/___/___ | _____ |
| _____ | ___/___/___ | ___/___/___ | _____ |
| _____ | ___/___/___ | ___/___/___ | _____ |
| _____ | ___/___/___ | ___/___/___ | _____ |
| _____ | ___/___/___ | ___/___/___ | _____ |
| _____ | ___/___/___ | ___/___/___ | _____ |

Nome del Medico

Data

Firma