

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*: **Sì**
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*: **Sì**
No

Se sì, riportare i motivi per averla considerata non potenzialmente fertile

a. Età \geq 50 anni e naturalmente amenorrea per
 \geq 1 anno*: **Sì**
No

b. Insufficienza ovarica prematura confermata da
un ginecologo specialista*: **Sì**
No

c. Precedente salpingo-ovariectomia bilaterale, o
isterectomia*: **Sì**
No

d. Genotipo XY, Sindrome di Turner, agenesi
uterina*: **Sì**
No

Indicare nella lista in basso quale metodo contraccettivo è stato usato

a. Impianto*: **Sì**
No

b. Sistema intrauterino a rilascio di Levonorgestrel
(IUS)*: **Sì**
No

c. Deposito di medrossiprogesterone acetato*: **Sì**
No

d. Sterilizzazione tubarica*: **Sì**

	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 presente 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)	_____

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