

<b>Codice Paziente</b>	<b>Centro</b>	<b>Iniz. Paz.</b>	<b>Data Registrazione</b>	<b>Data di Nascita</b>
_____	_____	_____	_____	_____

**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:	<b>Mieloma multiplo</b>

**FOLLOW-UP DELLA GRAVIDANZA**

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

Indicare nella lista in basso quale metodo contraccettivo è stato usato

a. Impianto*:	<b>Sì</b> <b>No</b>
b. Sistema intrauterino a rilascio di Levonorgestrel (IUS)*:	<b>Sì</b> <b>No</b>
c. Deposito di medrossiprogesterone acetato*:	<b>Sì</b> <b>No</b>
d. Sterilizzazione tubarica *:	<b>Sì</b> <b>No</b>

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
<b>INFORMAZIONI PRENATALI</b>	
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)	_____

### STORIA SOCIALE MATERNA

Alcol:	<b>Si</b> <b>No</b>
Se si, quantità/unità giornaliera:	_____ cl
Tabacco:	<b>Si</b> <b>No</b>
Se si, quantità/unità giornaliera:	_____ sigarette
Uso di farmaci in tabella IV o droghe ricreative:	<b>Si</b> <b>No</b>
Se si, 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