

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:	Amiloidosi AL con indicazione alla terapia di mantenimento

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 ≥ 50 anni e naturalmente amenorrea per ≥ 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

	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