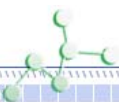


TOCTINO

SEGNALAZIONE DI GRAVIDANZA				
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.				
Gravidanza				
MOTIVO DEL FALLIMENTO DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLA GRAVIDANZA				
La paziente è stata erroneamente considerata non essere potenzialmente fertile *		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Indicare nella lista in basso la ragione del fallimento del metodo contraccettivo				
Mancata contraccezione orale *		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Altra medicazione o malattia intercorrente che interagisca con contraccezione orale *		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Identificato incidente con metodo a barriera *		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Non noto *		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
La paziente Si è impegnata ad una completa e continua astinenza *		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
È stato intrapreso il trattamento con Toctino nonostante la paziente fosse già incinta *		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
la paziente ha ricevuto materiale educativo sul potenziale rischio di teratogenicità *		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
la paziente ha ricevuto istruzioni sulla necessità di evitare gravidanza *		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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
Esame qualitativo urine	_____	_____	_____	____/____/____
Esame quantitativo siero	mUI/mL	mUI/mL	mUI/mL	(gg mm aaaa)
Esame qualitativo urine	_____	_____	_____	____/____/____
Esame quantitativo siero	mUI/mL	mUI/mL	mUI/mL	(gg mm aaaa)
PRECEDENTE ANAMNESI OSTETRICA				
Anno della gravidanza	Esito	Età gestazionale		Tipo di parto



REGISTRO DEI FARMACI DERMATOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO: TOCTINO

_____	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 *	Si No
È presenta una storia familiare di qualsiasi tipo di anomalie congenite *	Si No
Se si ad una qualsiasi di queste domande, si prega di fornire dettagli di seguito *	_____

PRECEDENTE ANAMNESI MATERNA

Condizione	Date		Trattamento	Esito
_____	Da	a	_____	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	(gg mm aaaa)	_____	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	(gg mm aaaa)	_____	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	(gg mm aaaa)	_____	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	(gg mm aaaa)	_____	_____

_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	(gg mm aaaa)	_____	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	(gg mm aaaa)	_____	_____

CONDIZIONI MEDICHE MATERNE CORRENTI

Condizione	Da	Trattamento
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	_____

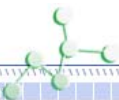
STORIA SOCIALE MATERNA

Alcol *	Si No
Se si, quantità/unità giornaliera	cl
Tabacco *	Si No
Se si, quantità/unità giornaliera	sigarette
Uso di farmaci in tabella IV o droghe ricreative *	Si No
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
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	____/____/____ (gg mm aaaa)	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	____/____/____ (gg mm aaaa)	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	____/____/____ (gg mm aaaa)	_____



REGISTRO DEI FARMACI DERMATOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO: TOCTINO

_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	____/____/____ (gg mm aaaa)	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	____/____/____ (gg mm aaaa)	_____
_____	____/____/____ (gg mm aaaa)	____/____/____ (gg mm aaaa)	_____