

**TOCTINO**

<b>SEGNALAZIONE DI GRAVIDANZA</b>	
<b>I campi contrassegnati con * sono obbligatori.</b>	
<b>Gravidanza</b>	
<b>MOTIVO DEL FALLIMENTO DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLA GRAVIDANZA</b>	
La paziente è stata erroneamente considerata non essere potenzialmente fertile*	Si No
Se sì, riportare i motivi per averla considerata non potenzialmente fertile	
a. Età $\geq$ 50 anni e naturalmente amenorroica per $\geq$ 1 anno*	Si No
b. Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo specialista*	Si No
c. Precedente salpingo-ovariectomia bilaterale, o isterectomia*	Si No
d. Genotipo XY, Sindrome di Turner, agenesi uterina*	Si No
Se no, indicare nella lista in basso quale metodo contraccettivo è stato usato	
a. Impianto*	Si No
b. Sistema intrauterino a rilascio di Levonorgestrel (IUS) *	Si No
c. Deposito di medrossiprogesterone acetato*	Si No
d. Sterilizzazione tubarica*	Si No
Se Sì, specificare	
I. Legatura delle tube*	Si No
II. Diatermia delle tube*	Si No
III. Clips delle tube*	Si No
e. Rapporti sessuali solo con partner maschili vasectomizzati; la vasectomia deve essere confermata da due analisi del seme con risultato negativo*	Si No
f. Pillole inibitrici dell'ovulazione a base di solo progestinico (i.e., desogestrel) *	Si No
g. Altre pillole a base di solo progestinico*	Si No
h. Pillola contraccettiva orale combinata*	Si No
i. Altri dispositivi intra-uterini*	Si No

j. Preservativi*	Si No
k. Cappuccio cervicale*	Si No
l. Spugna vaginale*	Si No
m. Sospensione*	Si No
n. Altro*	Si No
o. Nessuno*	Si No

Indicare nella lista in basso la ragione del fallimento del metodo contraccettivo

Mancata contraccezione orale*	Si No
Altra medicazione o malattia intercorrente che interagisca con contraccezione orale*	Si No
Identificato incidente con metodo a barriera*	Si No
Non noto*	Si No
La paziente Si è impegnata ad una completa e continua astinenza*	Si No
È stato intrapreso il trattamento con Toctino nonostante la paziente fosse già incinta*	Si No
la paziente ha ricevuto materiale educativo sul potenziale rischio di teratogenicità*	Si No
la paziente ha ricevuto istruzioni sulla necessità di evitare gravidanza*	Si 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
_____	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
_____	<b>Da</b>	<b>a</b>	_____	_____
_____	____/____/____ (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)	_____

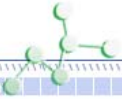
**STORIA SOCIALE MATERNA**

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)	_____