

Pomalidomid

Viatrix (Pomalidomid)



Formular zum
Schwangerschaftsausgang

Bitte füllen Sie dieses Formular aus, um eine Schwangerschaft bei einer Patientin bzw. der Partnerin eines männlichen Patienten, die bzw. der mit Pomalidomid Viatris (Pomalidomid) behandelt wurde, zu melden.

MELDENDE PERSON

Name:

Adresse:

PLZ:

Ort:

ggf. Bezirk/Landkreis:

Land:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

PATIENTENANGABEN

Initialen des Patienten:

Alter:

Geburtsdatum: T T / M M / J J J J

Ethnische Zugehörigkeit:

- Kaukasisch
 Afrikanisch-karibisch
 Sonstige, bitte genaue Angaben machen:

ANGABEN ZUR PARTNERIN DES PATIENTEN

Nicht zutreffend

Ethnische Zugehörigkeit:

- Kaukasisch
 Afrikanisch-karibisch
 Sonstige, bitte genaue Angaben machen:

AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT

Datum der Geburt:

Gestationsalter bei Geburt:

	Nein	Ja
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeleitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ektope Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektiver Schwangerschaftsabbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Datum:

	Nein	Ja
Spontanabort (≤ 20 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wochen nach letzter Menstruation: <input type="text"/>
Fetaltod/Totgeburt (≥ 20 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Empfängnisprodukte untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Falls ja, war der Fetus normal? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/> Nein Falls nein, nachstehend beschreiben:
<input type="text"/> Beschreibung		

GEBURTSHILFLICHE ANGABEN

	Nein	Ja
Komplikationen während der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Falls ja, bitte ausführen:
<input type="text"/> Beschreibung		
Komplikationen unter den Wehen / der Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Falls ja, bitte ausführen:
<input type="text"/> Beschreibung		
Postpartale maternale Komplikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Falls ja, bitte ausführen:
<input type="text"/> Beschreibung		

FETAL BEZOGENER AUSGANG

	Nein	Ja
Lebender normaler Säugling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fetaler Distress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intrauterine Wachstumsretardierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neonatale Komplikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Falls ja, bitte ausführen:
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
Fehlbildungen festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Falls ja, bitte ausführen:
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		

Geschlecht: männlich
 weiblich

Geburtsgewicht (g):

Größe (cm):

Apgar-Score:

1 Min:

5 Min:

10 Min:

unbekannt:

NAME DER PERSON, DIE DIESES FORMULAR AUSFÜLLT

Bitte beachten Sie: Angaben zu Ihrer Person, die Sie gegenüber Viatris machen, können zur Einhaltung anwendbarer Gesetze und Vorschriften herangezogen werden. Viatris verarbeitet Ihre personenbezogenen bzw. sensiblen Daten gemäß den geltenden Datenschutzgesetzen und der Datenschutzerklärung von Viatris. Letztere ist entweder auf <https://www.viatris.de/de-de/datenschutzhinweis> einsehbar oder wird Ihnen auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift

Mit nachstehendem QR Code dieses Formular und alle anderen behördlich genehmigten Schulungsmaterialien einfach abrufen:



Wenn Sie Fragen zu Ihrer Erkrankung oder der Behandlung mit Pomalidomid haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt.

Zulassungsinhaber: Viatris Limited, Damastown Industrial Park, Mulhuddart, Dublin 15, DUBLIN, Irland
 Örtlicher Vertreter: Arcana Arzneimittel GmbH, Hütteldorfer Straße 299, 1140 Wien
 Materialnummer: AT-POM-2024-00008-07-2024
 Medieninhaber: Viatris Austria GmbH, 1110 Wien
 Druck: SmartDruck s.r.o. Produktionsagentur, Bratislava



