

## **Lenalidomide STADA (lenalidomid)**

### **Formulär för anmälan om graviditet I samband med graviditet (gäller även kvinnlig partner till en manlig patient)**

Fyll i detta formulär för att rapportera graviditet hos en patient som behandlats med Lenalidomide STADA. Skicka formuläret omedelbart till

STADA Nordic ApS  
Marielundvej 46A  
2730 Herlev  
Danmark  
Epost: [dk-reg@stada.dk](mailto:dk-reg@stada.dk)

Det är viktigt för STADA säkerhetsövervakning att vi övervakar alla rapporterade graviditeter.

<b>Formulär för anmälan om graviditet</b>			
<b>Den ansvariga läkarens uppgifter</b>			
Läkarens namn:		Position:	
Postadress:		Stad, Land:	
Telefonnummer:		E-post adress:	
Faxnummer:			
<b>Kvinnans patientuppgifter</b>			
Patient ID:		Födelsedatum:	
<b>Kvinnlig partner till en manlig patient</b>			
Patient ID:		Födelsedatum:	
<b>Behandlingsinformation: Lenalidomide STADA kapslar</b>			
Satsnummer:	Datum för förskrivning:	Dos:	Antal:
Start datum:		Slutdatum:	
Indikation:			
<b>Uppföljning av graviditet</b>			
Har patienten redan blivit remitterad till en obstetriker/gynekolog?		Ja:	Nej:
Om ja, vänligen ange läkarens namn och kontaktinformation			

<b>Anledning till icke följsamhet till graviditetspreventionsprogrammet</b>		
	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Felaktig fertilitetsbedömning?</b>		
<b>Om ja, ange orsaken till denna felaktighet</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
a. Ålder ≥50 år och naturligt amenorroisk i ≥1 år*		
b. Prematur ovarial svikt som har bekräftats av en gynekolog.		
c. Tidigare bilateral salpingooforektomi eller hysterektomi.		
d. Genotyp XY, Turners syndrom, uterin agenesi		
<b>Ange från nedanstående lista vilket preventivmedel som använts</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
a. Implantat		
b. Levonorgestrelutsöndrande intrauterint system (IUS)		
c. Depotformulering av medroxyprogesteronacetat.		
d. Tubarsterilisering		
i. Tubarligatur		
ii. Koagulation		
iii. Applikation av clips		
e. Samlag med en vasektomerad manlig partner; vasektomi måste vara bekräftad av två negativa spermaanalyser.		
f. Ägglossningshämmande tabletter med endast progesteron (dvs. desogestrel)		
g. Andra p-piller som innehåller progesteron		
h. Orala kombinations p-piller		
i. Spiral		
j. Kondom		
k. Pessar		
l. P-kudde		
m. Avbrutet samlag		
n. Annat		
o. Inget		
<b>Ange från listan nedan orsaken till misslyckad prevention</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Glömt oralt preventivmedel		
Annat läkemedel eller icke behandlad sjukdom som interagerar med oralt preventivmedel		
Misslyckad barriärmetod		
Okänt		
	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Hade patienten gått med på fullständig avhållsamhet?</b>		
<b>Påbörjades behandlingen med Lenalidomide STADA trots att patienten var gravid?</b>		
<b>Fick patienten information om eventuella teratogena risker?</b>		
<b>Informerades patienten om att graviditetsprevention är nödvändigt?</b>		

<b>Prenatal information</b>						
Datum för senaste menstruation:			Beräknad nedkomst:			
Graviditetstest:			Referensområde:		Datum:	
Urinkvalitet:						
Serumkvantitet:						
<b>Tidigare förlossningsuppgifter</b>						
Graviditetsår	Resultat					
	Spontan abort	Terapeutisk abort	Levande vid födelsen	Död vid födelsen	Gestationsålder	Förlossningssätt
<b>Missbildningar</b>						
				Ja:	Nej:	Okänt:
Fanns det någon missbildning vid någon av graviditeterna?						
Förekommer det kongenitala missbildningar i slakten?						
Om ja på någon av ovannämnda påståenden, vänligen beskriv nedan.						

<b>Moderns sjukdomshistoria</b>				
Sjukdom	Datum		Behandling	Resultat
	Från	Till		
<b>Moderns nuvarande hälsotillstånd</b>				
Sjukdom	Från		Behandling	
<b>Moderns bakgrund</b>				
			Ja	Nej
Alkohol				
Om ja, mängd/enhet per dag:				
Tobak				
Om ja, mängd per dag:				
Narkotika				
Om ja, specificera nedan:				
<b>Moderns medicinering under graviditet och 4 veckor före graviditet (inkluderat örter, alternativa och receptfria läkemedel samt kosttillskott)</b>				
Läkemedel/behandling	Startdatum	Slutdatum/ Pågående	Indikation	

<b>Namn på person som fyllt i formuläret</b>	<b>Signatur</b>	<b>Datum</b>