

**Анкета спостереження за вагітністю  
після застосування лікарських засобів  
МІКОФІТ або МАРЕЛІМ MARELIM (після впливу мікофенолової кислоти).**

**Інформація про пацієнта**

ПІБ пацієнта	Вік	Стать	Вага	Зріст	Дата народження	Медичний заклад

**Детальна інформація про лікування**

Показання до застосування мофетилу мікофенолату	Добове дозування	Дата початку прийому ЛЗ	Дата припинення прийому ЛЗ	Тривалість курсу лікування

**Детальна інформація про супутнє лікування**

Назва ЛЗ	Показання до застосування	Добове дозування	Спосіб застосування	Дата початку прийому ЛЗ	Дата припинення прийому ЛЗ

**Детальна інформація про анамнез пацієнта (будь ласка, вкажіть)**

Стан здоров'я	З якого часу встановлено діагноз	Чи не змінюється стан під час лікування мофетилу мікофенолатом	Чи здійснюється наразі лікування цього стану

### Детальна інформація про вагітність

Чи є пацієнтка вагітною? Так / Ні	Якщо так, зазначити дату останньої менструації:	Передбачувана дата пологів:
В якому триместрі вагітності пацієнтка приймала мофетилу мікофенолат?	Будь ласка, вкажіть попередній акушерський анамнез	Наявність будь-яких ускладнень під час попередньої вагітності

### Перебіг вагітності

Вагітність з нормальним перебігом (здоровий новонароджений)	<input type="checkbox"/>
Викидень	<input type="checkbox"/>
Новонароджена дитина з вродженою аномалією	<input type="checkbox"/>
Якщо новонароджена дитина має вроджену аномалію, будь ласка, вкажіть, яку саме вроджену аномалію.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Аномалії вуха (наприклад, аномально сформоване або відсутність зовнішнього/середнього вуха), атрезія зовнішнього слухового проходу;</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Вроджені вади серця, такі як дефекти міжпередсердної та міжшлуночкової перегородок;</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Вади розвитку обличчя, такі як розщілина губи, розщілина піднебіння, мікрогнатія та орбітальний гіпертелоризм;</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Аномалії розвитку очей (наприклад, колобома);</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Вади розвитку пальців (наприклад, полідактилія, синдактилія);</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Трахео-стравохідні вади розвитку (наприклад, атрезія стравоходу);</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Вади розвитку нервової системи, такі як розщеплення хребта (spina bifida);</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Вади розвитку нирок</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Мікрофтальмія</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Вроджена кіста судинного сплетення;</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Агенезія перегородки;</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Агенезія нюхового нерва.</li></ul>	<input type="checkbox"/>
Будь-яка інша вроджена аномалія <input type="checkbox"/> Будь ласка, опишіть якомога детальніше	
Чи були ускладнення під час пологів? Спосіб пологів, наприклад: звичайні пологи/хірургічне вагінальне розродження із застосуванням щипців/кесарів розтин	

Який стан немовляти у віці 3 місяців, 6 місяців та 12 місяців

**Заходи, що вживаються з підозрюваними лікарськими засобами:**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> Зменшення дозування | <input type="radio"/> Збільшення дозування | <input type="radio"/> Відміна прийому ЛЗ | <input type="radio"/> Дозування не змінювалось |
|---|--|--|--|

**Детальна інформація про контрацепцію:**

1	Чи вживали контрацептивні засоби під час лікування мікофенолатом? Так / Ні Якщо <b>Так</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Який метод контрацепції використовували (гормональна контрацепція або бар'єрна контрацепція, або і та, і інша)</li></ul>	
2	Чи проконсультували пацієнтку щодо використання ефективної контрацепції під час терапії мофетилу мікофенолатом, а також через 6 тижнів після відміни мікофенолату?	
3	Чи змінювався метод контрацепції під час лікування мофетилу мікофенолатом або через 6 тижнів після його припинення?	
4	Чи було виявлено випадки невдалого використання контрацептивів під час фази лікування мофетилу мікофенолатом? Так/Ні Якщо <b>Так</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Зазначити дату виявлення</li></ul>	
5	Чи проводився тест на вагітність з використанням плазми крові або сечі до початку терапії мікофенолатом? Так/Ні  Якщо <b>Так</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Дата проведення тесту на вагітність (за наявності)</li><li>Результат / висновок тесту</li></ul>	
6	Чи проводився тест на вагітність під час планових контрольних візитів? Якщо <b>Так</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Зазначити дату/дати тестів на вагітність</li></ul> Результат / висновок тесту	

Вкажіть, будь ласка, дати і результати діагностичних обстежень, включаючи аналіз крові та УЗД, які були проведені під час вагітності?

--

**Детальна інформація про особу, що повідомила:**

Посада, ім'я та прізвище	Рід діяльності	Контактні дані Поштова адреса/електронна пошта/номер телефону	Підпис	Дата