

# Lenalidomide Mylan

## Formulär för graviditetsrapportering



Vänligen fyll i detta formulär för att rapportera graviditet hos en patient (eller hos en kvinnlig partner till en manlig patient) som behandlas med Lenalidomide Mylan.

### Rapportörens uppgifter

Förnamn:	<input type="text"/>	Efternamn:	<input type="text"/>
Jobbtitel:	<input type="text"/>		
Adress:	<input type="text"/>		
Postadress:	<input type="text"/>		
Telefonnummer:	<input type="text"/>		
E-post:	<input type="text"/>		

### Patientinformation/kvinnlig partner till manlig patient

	Patientens initialer:	Ålder:	Vikt (kg):
		Längd (cm):	Födelsedatum (DDMMYYYY):

### Detaljer om barnet

	Barnets initialer:	Ålder:	Vikt (kg):
		Längd (cm):	Födelsedatum (DDMMYYYY):

## Information om menstruation (gäller den gravida kvinnan)

Datum senaste menstruation (DDMMMYYYY): \_\_\_\_\_

Regelbunden menstruation:      Nej       Ja

## Information om graviditeten

Har graviditeten konfirmerats?      Nej       Ja

Beräknat datum för graviditet (DMMMYYYY): \_\_\_\_\_

Antalet graviditetsveckor när medicineringen avslutades: \_\_\_\_\_

Antal behandlingscykler under graviditet: \_\_\_\_\_

Beräknad graviditetsvecka: \_\_\_\_\_

Beräknat förlossningsdatum (DDMMMYYYY): \_\_\_\_\_

Har patienten refererats till en obstetriker/gynekolog?      Nej       Ja

## Om ja, vänligen ange kontakt detaljer

Namn:

Kontakt:

## Resultat av graviditet:

Normal förlossning?      Nej       Ja

## Om nej, vänligen ange varför (abort, medicinsk anledning)

---

Fullgången graviditet?

Nej

Ja

**Om nej**, vänligen ange antalet graviditetsveckor vid förlossning \_\_\_\_\_

Födelsevikt (kg): \_\_\_\_\_

Kön:

Pojke

Flicka

### Information angående behandling med Lenalidomide Mylan

Lenalidomide Mylan taget av (kvinnlig patient / manlig patient)	Batch nr. /Utg.datum	Styrka	Daglig dos		Behandlingsdatum		Indikation
			Dos	Dosintervall	Start datum	Stopp datum	

### Bakgrundsinformation till graviditet

	Ja	Nej
<b>Var patienten felaktigt bedömd att vara icke-fertil?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Om ja, ange anledning att patienten bedömdes vara icke-fertil</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>a.</b> Ålder $\geq 50$ år och naturligt amenorroisk i $\geq 1$ år (amenorré efter cancerbehandling eller under amning utesluter inte fertilitet).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b.</b> Prematur ovarialsvikt som har bekräftats av en specialist inom gynekologi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c.</b> Tidigare bilateral salpingooforektomi eller hysterektomi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d.</b> Genotyp XY, Turners syndrom, uterin agenes. i.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange utifrån listan nedan vilken preventivmetod som använts	Ja	Nej
a. Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Levonorgestrelutsöndrande intrauterint system (gUS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Depotformulering av medroxyprogesteronacetat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tubarsterilisering ,ange nedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Tubal ligation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Tubal diatermi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Tubal clips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Samlag med en vasektomiserad manlig partner; vasektomi måste varabekräftad av två negativa spermaanalyser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ägglossningshämmande tabletter med endast progesteron (dvs. desogestrel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Andra progesterontabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kombinerade p-piller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Övriga intrauterina produkter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kondom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Pessar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Avbrutet samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Inget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange utifrån listan nedan varför preventivmedlet inte fungerade (kryssa i)	
Missad dos orala preventivmedel	<input type="checkbox"/>
Annan medicinering eller pågående sjukdom som interagerade med preventivmedlet	<input type="checkbox"/>
Identifierat missöde med barriärmetod	<input type="checkbox"/>
Okänt	<input type="checkbox"/>
Hade patienten förbundit sig att idka kontinuerlig sexuell avhållsamhet	<input type="checkbox"/>
Startade lenalidomid-behandling trots att patienten redan var gravid?	<input type="checkbox"/>
Fick patienten utbildningsmaterial om den möjliga risken för teratogenicitet?	<input type="checkbox"/>
Fick patienten instruktioner om att undvika graviditet?	<input type="checkbox"/>

GRAVIDITESTEST	REFERENSINTERVALL	DATUM
Urinkvalitativ		
Serumkvantitativ		

### Tidigare obstetrisk historia

Årtal	Resultat					
	Spontan-abort	Terapeutisk abort	Levande födsel	Dödfödsel	Gestations-ålder	Typ av förlossning

### Fosterskador

	Ja	Nej	Okänt
Förekom det fosterskador vid någon graviditet?			
Förekommer det en familjeanamnes av medfödda abnormiteter?			
Om ja på någon av dessa frågor, vänligen ange detaljer nedan:			

### Moderns medicinska historia

Åkomma	Datum		Behandling	Utfall
	Från	Till		

## Moderns nuvarande medicinska tillstånd

Åkomma	Från	Behandling

## Moderns sociala anamnes

	Ja	Nej
<b>Alkohol</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, mängd/enhet per dag:		
<b>Tobak</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, mängd per dag:		
<b>Drogmissbruk</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, ange detaljer:		

## MODERNS MEDICINERING UNDER GRAVIDITET OCH 4 VECKOR FÖRE GRAVIDITET

(inklusive växtbaserade, alternativmedicin, receptfria läkemedel och kosttillskott)

Medicinering/behandling	Startdatum	Stoppdatum/ pågående	Indikation

Initial rapport	<input type="checkbox"/>	Follow-up rapport	<input type="checkbox"/>	Final rapport	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	---------------	--------------------------

### Namn på person som fyllt i detta formulär

Namn: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Vänligen skicka rapporten till:

Läkemedelsverket, Enheten för läkemedelssäkerhet

Biverkningsgruppen

Box 26, 751 03 Uppsala

Detta formulär är framtaget av Mylan (a Viatrix Company)