


PROCEDIMIENTOS GENERALES			
DIRECCIÓN TÉCNICA- FARMACOVIGILANCIA			
RPG 1010.10.01		Registro de notificación de embarazo de pacientes bajo tratamiento con Pomalidomida Eczane	
Vigencia desde el	Vigencia hasta el	Versión	Página
01-04-21	01-04-25	10.0	1 de 2

INFORMACIÓN Y MEDICACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA					
País: Argentina Provincia:			Distrito/ Ciudad:		
Motivo de indicación	Vía de administración <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro (especifique cuál)	Fecha de inicio del tratamiento día mes año ____/____/____	Iniciales del paciente: _____	Altura (m)	Peso (kg)
		Fecha de fin del tratamiento día mes año ____/____/____	Fecha de nacimiento día mes año ____/____/____		
Edad (años): _____					
INFORMACIÓN DEL EMBARAZO					
Tipo de notificación	Fecha diagnóstico embarazo	Fecha aproximada embarazo	Fecha estimada de parto		
<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Seguimiento	día / mes / año ____/____/____	día/ mes/ año ____/____/____	día / mes/ año ____/____/____		
Riesgos del embarazo					
<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Otros (especificar, a continuación)			
Descripción del curso actual del embarazo (ecografía fetal, amniocentesis, valores de laboratorio, etc.) Adjunte documentación si es necesario.					
Descripción del curso del parto (ecografía fetal, etc.)					
<input type="checkbox"/> Parto vaginal	<input type="checkbox"/> Cirugía vaginal en el parto		<input type="checkbox"/> Cesárea		
Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)					
<input type="checkbox"/> No se conoce información al respecto					
Información adicional (p.ej.: indicar medicación concomitante, historia clínica, duración del embarazo, embarazo ectópico, etc.) Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)					

DIRECCIÓN TÉCNICA- FARMACOVIGILANCIA

RPG 1010.10.01

Registro de notificación de embarazo de pacientes bajo tratamiento con Pomalidomida Eczane

Vigencia desde el	Vigencia hasta el	Versión	Página
01-04-21	01-04-25	10.0	2 de 2

INFORMACION DEL DESCENLACE DEL EMBARAZO

-Nacimiento con vida:

Niño(s) sano(s)

Duración del embarazo (semanas) _____

Número de niños que nacieron _____

Por cada niño, especifique:

Sexo M F Peso al nacer (kg) _____

Sexo M F Peso al nacer (kg) _____

Sexo M F Peso al nacer (kg) _____

Anomalía Congénita

Especifique tipo/s:

Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)

Muerte Neonatal Fecha: __/__/__

Especifique causa:

Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)

-Aborto espontáneo (menos de 20 semanas de embarazo) Fecha: __/__/__

-Muerte fetal prematura (entre 20 y 27 semanas de embarazo) Fecha: __/__/__

-Muerte fetal tardía (más de 28 semanas de embarazo) Fecha: __/__/__

-Otro (especifique) _____ Fecha: __/__/__

Muerte materna Fecha: __/__/__

Causa de muerte:

Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)

INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

Nombre y Apellidos: _____

Especialidad: _____

Dirección Profesional: _____

Código Postal _____

Fax o Teléfono: (____) _____

Consiente hacer seguimiento (Sí/No): Sí No

COMPLETE Y ENVIE ESTE FORMULARIO AL DEPTO DE FARMACOVIGILANCIA DE LABORATORIO ECZANE PHARMA S.A. POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDIOS, EN FORMA INMEDIATA:

-E-mail: dt@eczane.com.ar

CONTACTE AL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA-

-Tel: (5411) 4222 3494 de 08-17h

RECUERDE QUE ESTE MEDICAMENTO SE ENCUENTRA BAJO UN PLAN DE GESTION DE RIESGOS