

Plan de Gestión de Riesgos (PGR)

REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EMBARAZO

INFORMACIÓN Y MEDICACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA

País: **Argentina** Provincia: _____ Distrito / Ciudad: _____

MOTIVO DE INDICACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO	INICIALES DEL PACIENTE	ALTURA (m)	PESO (kg)
_____	☐ ORAL	____ / ____ / ____ (día / mes / año)	_____	_____	_____
_____	☐ OTRO	FECHA DE FIN DEL TRATAMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO		
_____	_____	____ / ____ / ____ (día / mes / año)	____ / ____ / ____ (día / mes / año)		
_____	(especifique cual)	____ / ____ / ____ (día / mes / año)	EDAD (años) _____		

INFORMACIÓN DEL EMBARAZO

TIPO DE NOTIFICACIÓN	FECHA DIAGNÓSTICO EMBARAZO	FECHA APROXIMADA EMBARAZO	FECHA ESTIMADA DE PARTO
☐ INICIAL ☐ SEGUIMIENTO	____ / ____ / ____ (día / mes / año)	____ / ____ / ____ (día / mes / año)	____ / ____ / ____ (día / mes / año)

RIESGOS DEL EMBARAZO ☐ ALCOHOL ☐ TABACO ☐ OTROS (especificar) _____

DESCRIPCIÓN DEL CURSO ACTUAL DEL EMBARAZO (ecografía fetal, amniocentesis, valores de laboratorio, etc.) _____

DESCRIPCIÓN DEL CURSO DEL PARTO (ecografía fetal, etc.) _____

☐ PARTO VAGINAL ☐ CIRUGÍA VAGINAL EN EL PARTO ☐ CESÁREA

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

☐ NO SE CONOCE INFORMACIÓN AL RESPECTO

INFORMACIÓN ADICIONAL (por ej.: indicar medicación concomitante, historia clínica, duración del embarazo, embarazo ectópico, etc.)

POR FAVOR, ADJUNTE O EXPLIQUE INFORMACIÓN ADICIONAL (si aplica)

Plan de Gestión de Riesgos (PGR)

REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EMBARAZO

INFORMACIÓN 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 ☐ F ☐ M PESO AL NACER _____ ☐ ANOMALÍA CONGÉNITA Especifique tipo/s: _____

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

MUERTE NEONATAL ☐ FECHA: ____ / ____ / ____ (día / mes / año) Especifique causa: _____

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

SEXO ☐ F ☐ M PESO AL NACER _____ ☐ ANOMALÍA CONGÉNITA Especifique tipo/s: _____

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

MUERTE NEONATAL ☐ FECHA: ____ / ____ / ____ (día / mes / año) Especifique causa: _____

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

SEXO ☐ F ☐ M PESO AL NACER _____ ☐ ANOMALÍA CONGÉNITA Especifique tipo/s: _____

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

MUERTE NEONATAL ☐ FECHA: ____ / ____ / ____ (día / mes / año) Especifique causa: _____

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

☐ ABORTO ESPONTÁNEO (menos de 20 semanas de embarazo) FECHA: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)☐ MUERTE FETAL PREMATURA (entre 20 y 27 semanas de embarazo) FECHA: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)☐ MUERTE FETAL TARDÍA (más de 28 semanas de embarazo) FECHA: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)☐ OTRO (especifique) _____ FECHA: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)☐ MUERTE MATERNA FECHA: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)

CAUSA DE MUERTE: Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica) _____

Plan de Gestión de Riesgos (PGR)

REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EMBARAZO

INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

Nombre y Apellido: _____ Especialidad: _____

Dirección Profesional: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

CONSIENTE HACER SEGUIMIENTO (SÍ/NO): ☐ SÍ ☐ NO (marque con una cruz la opción correcta)**COMPLETE Y ENVÍE ESTE FORMULARIO AL DEPTO DE FARMACOVIGILANCIA DE LABORATORIO ECZANE POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDIOS, EN FORMA INMEDIATA:****LABORATORIO ECZANE PHARMA S.A.** **Laprida 43, Avellaneda, Provincia de Buenos Aires** **Tel: 11 5263-9727 int 957**  **11 3187-4801**  **fvg@eczane.com.ar****DIRECCIÓN TÉCNICA: Farmacéutico Jose Luis Cambiaso****RECUERDE QUE ESTE MEDICAMENTO SE ENCUENTRA BAJO UN PLAN DE GESTION DE RIESGOS.**