

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:

CONTACTE AL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA

 Tel: 11 5263-9727 int 957  11 3187-4801  fvg@eczane.com.ar

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