

Anleitung zum Ausfüllen dieses Berichts:

Auf diesem Formular werden alle Informationen, die im Laufe einer Schwangerschaft zur Mutter und nach der Geburt zum Neugeborenen unter der Gabe von LETI-Produkten gesammelt werden dokumentiert.

Bitte füllen Sie das Formular mit aktuellen Angaben aus. Den Rest tragen Sie bitte im Rahmen eines Folgeberichts im Laufe der Schwangerschaft sowie nach der Entbindung entsprechend ein.

1. ANGABEN ZUR MUTTER

1.1 Alter: _____ Jahre alt

1.3 Allergische Erkrankungen oder andere relevante Informationen zur Anamnese

1.4 Begleitmedikation

2. PRODUKT

2.1 Produktname _____

2.2 Zusammensetzung _____

2.3 Referenznummer _____ 2.4 Flaschennummer _____

2.5 Behandlungsphase <input type="checkbox"/> Aufdosierung <input type="checkbox"/> Fortsetzung	2.6 Schema <input type="checkbox"/> konventionell <input type="checkbox"/> rush <input type="checkbox"/> andere: _____ _____	2.7 Dosis der letzten Behandlung _____ mL	2.9 Die Immuntherapie wurde <input type="checkbox"/> unverändert fortgeführt <input type="checkbox"/> unterbrochen <input type="checkbox"/> abgebrochen <input type="checkbox"/> die Dosierung wurde angepasst: neue Dosis _____ mL																				
		2.8 Datum der letzten Behandlung <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>											T	T	M	M	M	J	J	J	J	J	
T	T	M	M	M	J	J	J	J	J														

2.10 Start der Behandlung	2.11 Ende der Behandlung (falls zutreffend)																																								
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>											T	T	M	M	M	J	J	J	J	J	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>											T	T	M	M	M	J	J	J	J	J
T	T	M	M	M	J	J	J	J	J																																
T	T	M	M	M	J	J	J	J	J																																

3. SCHWANGERSCHAFT

3.1 Gynäkologische Anamnese	3.2 Verlauf der Schwangerschaft																										
<p><u>Frühere Schwangerschaften</u></p> <p><input type="checkbox"/> Keine</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, davon:</p> <p> Anzahl früherer Schwangerschaften _____, davon</p> <p> Anzahl von Aborten _____</p> <p> spontan _____</p> <p> geplant _____</p> <p> Anzahl von Totgeburten _____</p> <p>Im Falle von Abbruch, bitte Begründung angeben:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Datum letzte Menstruation</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> <p>Schwangerschaftswoche</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Handelt es sich um eine Risikoschwangerschaft? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte Begründung _____ • Vorzeitiger Abbruch der Schwangerschaft: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein, errechneter Geburtstermin <input type="checkbox"/> Ja, und zwar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> spontan, Woche <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/> geplant, Woche <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <p>Medizinische Begründung: _____</p>											T	T	M	M	M	J	J	J	J	J						
T	T	M	M	M	J	J	J	J	J																		

4. Geburt

<p>4.1 Datum der Geburt</p> <table border="1" style="width:100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td align="center">T</td> <td align="center">T</td> <td align="center">M</td> <td align="center">M</td> <td align="center">M</td> <td align="center">J</td> <td align="center">J</td> <td align="center">J</td> <td align="center">J</td> <td align="center">J</td> <td align="center">J</td> <td align="center">J</td> </tr> </table>													T	T	M	M	M	J	J	J	J	J	J	J	<p>4.2 Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Geburt:</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
T	T	M	M	M	J	J	J	J	J	J	J																		
<p>4.3 Geburtsverlauf</p> <p><input type="checkbox"/> Vaginale Geburt</p> <p><input type="checkbox"/> Kaiserschnitt</p> <p><input type="checkbox"/> Zangengeburt</p> <p><input type="checkbox"/> Saugglocke</p>	<p>4.4 Komplikationen während der Geburt</p> <p><input type="checkbox"/> Keine</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgende:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																												

5. NEUGEBORENES

<p>5.1 Geschlecht</p> <p><input type="checkbox"/> männlich</p> <p><input type="checkbox"/> weiblich</p>	<p>5.2 General Information</p> <p>Gewicht _____ kg</p> <p>Größe _____ cm</p> <p>Kopfumfang _____ cm</p> <p><u>Apgar Test</u></p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> nicht normal, folgende Abweichung:</p> <p>_____</p>	<p>5.3 Anomalien beim Neugeborenen</p> <p><input type="checkbox"/> Keine</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgende:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	---

5.4 Allgemeine Beurteilung des Status des Neugeborenen

6. ZUSATZINFORMATIONEN

6.1 Ziehen Sie eine Qualitätsanalyse des Produkts in Betracht? Ja Nein

Falls ja, haben Sie eine Probe? Ja Nein

6.2 Zeigten sich bei der Mutter erwartete Nebenwirkungen? Ja Nein

Falls ja, bitte beschreiben:

7. KOMMENTARE ODER ANDERE INFORMATIONEN VON INTERESSE

8. ANGABEN ZUM REPORTER

8.1 Name:		8.2 Fachgebiet:																			
8.3 Telefon:	8.4 Fax:	8.5 E-mail:																			
8.6 Name der Klinik/Praxis:																					
8.9 Anschrift:																					
8.10 Ort:		8.11 Bundesland:																			
8.12 Unterschrift:		8.13 Bericht ausgefüllt am:																			
		<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> </tr> </table>												T	T	M	M	M	J	J	J
T	T	M	M	M	J	J	J	J	J												

<p>➤ Bitte faxen Sie uns diesen Bericht an:</p>	<p>Fax: +49 (0) 23 02 – 202 86 23 oder eMail: safety@leti.at</p>
<p>➤ Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:</p>	<p>Telefon: +49 (0) 23 02 – 202 86 0</p>

9. GRUNDLEGENDE INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Verantwortliche Organisation: LABORATORIOS LETI, S.L. UNIPERSONAL.
Zweck: Bearbeitung möglicher unerwünschter Arzneimittelreaktionen im Zusammenhang mit Arzneimitteln, die von Laboratorios LETI, S.L. Unipersonal hergestellt und/oder vertrieben werden.
Rechte: Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer Daten, nähere Erläuterung unter „Zusätzliche Informationen“.
Zusätzliche Informationen: Weitere detaillierte Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://leti.at/datenschutz>