

Bericht über einen Verdachtsfall einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Stillzeit

Meldung an: CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH
 Ziegelhof 24, 17489 Greifswald
 Tel.: 03834 - 3914 329 E-Mail: drugsafety@cheplapharm.com
 Fax: 03834 - 3914 349

Datenschutzhinweis: Als pharmazeutisches Unternehmen sind wir gesetzlich verpflichtet, Informationen zu möglichen Nebenwirkungen unserer Arzneimittel zu verarbeiten, zu speichern und an zuständige Gesundheitsbehörden weiterzugeben. Details können Sie unter <https://www.cheplapharm.com/datenschutz/> abrufen.

1. DATEN DER MUTTER

Initialien*	
Geburtsdatum (TT.MM.JJ)*	<input type="text"/>
Alter*	
Ethnie	
Letzte Regelblutung	
Errechner Geburtstermin (TT.MM.JJ)	<input type="text"/>
Fruchtbarkeitsbehandlung	nein ja Falls ja, bitte bei Anamnese erläutern
Risikoschwangerschaft	nein ja Falls ja, bitte bei Anamnese erläutern

* Bitte nennen Sie mindestens eine der vorgenannten Identifizierungsangaben, um die unerwünschte(n) Nebenwirkungen(en) den Behörden wirksam melden zu können.

2. MÜTTERLICHE MEDIKAMENTENEXPOSITION WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT ODER STILLZEIT

Präparate(e)/Substanz(en) Charge	Hersteller	Dosis und Einheit	Applikations- form	Therapiedaten (von/bis)	Indikation(en)	SSW
I.						
II.						
III.						
IV.						

3. MÜTTERLICHE MEDIKAMENTENEXPOSITION VOR DER SCHWANGERSCHAFT

Präparate(e)/Substanz(en) Charge	Hersteller	Dosis und Einheit	Applikations- form	Therapiedaten (von/bis)	Indikation(en)
I.					
II.					
III.					
IV.					

4. ANAMNESE DER MUTTER

Relevante Vorgeschichte und Kommentare (Nikotin- und Alkoholgenuss, Allergien, Schrittmacher, Implantate, Diät, Stoffwechseldefekte, familiäre Prädisposition, vorherige Schwangerschaftsabbrüche, etc.)

5. HINWEISE AUF MÖGLICHE GEBURTSFEHLER IM RAHMEN PRÄNATALER UNTERSUCHUNGEN

nein
ja

Falls ja, welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

6. UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNG (UAW)

UAW (Diagnose):

UAW-Startdatum UAW-Stoppdatum

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Weitere Beschreibung der UAW (Symptome, klinisches Bild, Diagnostik, Lokalisation, Laborwerte, Therapie und Verlauf)

Schwerwiegende UAW**(Zutreffendes ankreuzen):**

Stationäre Behandlung erforderlich oder verlängert
 Behinderung/Invalidität
 Kongenitale Anomalie/Geburtsfehler
 Lebensbedrohlich
 Tödlich

Ausgang der UAW:

Vollständig genesen
 Besserung
 Fortbestehend
 Bleibende Schäden
 Unbekannt
 Verstorben am, Datum:

Autopsie:

nein ja

Tag Monat Jahr

7. AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT

Mehrlingsgeburt	nein	ja	Falls ja, Anzahl der Föten:	
Geburts- bzw. Abbruchdatum (TT.MM.JJ)	<input type="text"/>	Lebendgeburt	Abort	Totgeburt
Geschlecht des Säuglings	männlich	weiblich	Initialen:	
Gestationsalter in Wochen				
Größe in cm				
Gewicht in kg				
Kopfumfang in cm				
APGAR Wert	1 min:	5 min:	10 min:	
Art der Entbindung	Spontangeburt	Kaiserschnitt	Andere	
Angeborene Missbildungen	nein	ja	Falls ja, welche?	

8. WEITERE INFORMATIONEN**9. BEHANDELNDER ARZT (falls abweichend von meldender Person)**

Name, Vorname, Facharztbezeichnung: Tel./E-Mail:
 Adresse:

10. GEMELDET VON

Name, Vorname*: Funktion*: Arzt Adresse*:
 Apotheker
 Patient/Angehöriger
 Zusätzlich berichtet an:
 Datum, Unterschrift:
 Tag Monat Jahr Telefon*:
 E-Mail*:

* Wir benötigen den Namen des Meldenden und bei meldenden Heilberuflern die Berufsbezeichnung. Die Angabe mindestens einer Kontaktmöglichkeit ist für Rückfragen notwendig (Telefon, E-Mail und/oder Adresse).

Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte formlos zusätzliche Seiten ergänzen.