

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 - 451 1329 E-Mail: drugsafety@cheplapharm.com
 Fax: 03834 - 451 1349

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)*	_ _ _ _ _ _ _					
Alter*						
Ethnie						
Letzte Regelblutung						
Errechner Geburtstermin (TT.MM.JJ)	_ _ _ _ _ _ _					
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

Falls ja, welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

nein
ja

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:

Tag		Monat		Jahr		

Autopsie:

nein ja

7. AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT

Mehrlingsgeburt	nein	ja	Falls ja, Anzahl der Föten:							
Geburts- bzw. Abbruchdatum (TT.MM.JJ)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							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

Zusätzlich berichtet an:

Patient/Angehöriger

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.