

ФОРМА ДЛЯ СБОРА ИНФОРМАЦИИ О ТЕЧЕНИИ И ИСХОДЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ТЕРИФЛУНОМИД АО «БИОКАД»

ПЕРВИЧНОЕ

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ К СООБЩЕНИЮ

№ _____ от _____

1. ДАННЫЕ О ПРИНИМАЕМОМ ЛЕКАРСТВЕННОМ ПРЕПАРАТЕ				
Международное непатентованное наименование (МНН)		Торговое наименование (ТН)		
Производитель		Номер серии		
Показание к применению		Путь введения		
Разовая доза		Кратность введения		
Дата начала терапии (ДД / ММ / ГГГГ)		Дата окончания терапии (ДД / ММ / ГГГГ)		
2. ДАННЫЕ О БЕРЕМЕННОСТИ				
КТО ПРИНИМАЛ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ?				
<input type="checkbox"/> МАТЬ Инициалы _____ (фамилия, имя, отчество)		<input type="checkbox"/> ОТЕЦ Инициалы _____ (фамилия, имя, отчество)		
СОГЛАСНА ЛИ МАТЬ ПРЕДОСТАВИТЬ ИНФОРМАЦИЮ? <input type="checkbox"/> ДА (согласие получено устно) <input type="checkbox"/> НЕТ				
СОГЛАСЕН ЛИ ОТЕЦ ПРЕДОСТАВИТЬ ИНФОРМАЦИЮ? <input type="checkbox"/> ДА (согласие получено устно) <input type="checkbox"/> НЕТ				
3. СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЯХ НА МОМЕНТ БЕРЕМЕННОСТИ				
	ВОЗРАСТ / ДАТА РОЖДЕНИЯ	РЕЗУС- ФАКТОР	РОСТ (СМ)	ВЕС (КГ)
ЗНАЧИМЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СОСТОЯНИЯ				

МАТЬ					КУРЕНИЕ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					АЛКОГОЛЬ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					ГИПЕРТЕНЗИЯ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					ДИАБЕТ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					ЭПИЛЕПСИЯ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ТИП: _____
					ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ _____	
					ВИЧ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					ГЕПАТИТ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					КРАСНУХА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					ТОКСОПЛАЗМОЗ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (включая заболевания щитовидной железы, астму, аллергические заболевания, болезни сердца, заболевания, передающиеся половым путем, задержку развития, врожденные пороки развития, воздействие окружающей среды):				

ОТЕЦ					КУРЕНИЕ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					АЛКОГОЛЬ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					ГИПЕРТЕНЗИЯ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					ДИАБЕТ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					ЭПИЛЕПСИЯ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ТИП: _____
					ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ _____	
					ВИЧ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					ГЕПАТИТ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					КРАСНУХА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					ТОКСОПЛАЗМОЗ	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
					ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (включая заболевания щитовидной железы, астму, аллергические заболевания, болезни сердца, заболевания, передающиеся половым путем, задержку развития, врожденные пороки развития, воздействие окружающей среды):				

4. ДАННЫЕ О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Был ли тест на беременность отрицательным на момент начала применения препарата?	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	<input type="checkbox"/> НЕПРИМЕНИМО
--	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Получил ли пациент Памятку для пациента?	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	<input type="checkbox"/> НЕПРИМЕНИМО
5. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ				
Использовались ли методы контрацепции:	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
Если да, укажите тип контрацепции:	<input type="checkbox"/> КОК	<input type="checkbox"/> БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ	<input type="checkbox"/> ВМС	<input type="checkbox"/> ДРУГОЕ, УКАЖИТЕ: _____
НАЗВАНИЕ КОНТРАЦЕПТИВА: _____				
ДОЗА КОНТРАЦЕПТИВА: _____				
ДАТА НАЧАЛА И ОКОНЧАНИЯ ПРИЕМА КОНТРАЦЕПТИВА: _____				
ДААННЫЕ О ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНЕ НЕУДАЧИ КОНТРАЦЕПЦИИ: _____				
НЕ СОВМЕСТИМ С ПЕРВИЧНЫМ МЕТОДОМ (НАПРИМЕР, ГОРМОНЫ / ВМС) <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО				
НЕ СОВМЕСТИМ С БАРЬЕРНЫМ МЕТОДОМ <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО				
ДРУГОЕ (НАПРИМЕР, ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, ЭПИЗОД РАССТРОЙСТВА ЖКТ,...) <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО				
НОРМАЛЬНЫЙ МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО				
БЕСПЛОДИЕ <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО				
ЕСЛИ ПРОВОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ ВЫШЕУКАЗАННЫХ СОСТОЯНИЙ, УКАЖИТЕ: _____				
6. СВЕДЕНИЯ О БЕРЕМЕННОСТИ				
ДАТА ПЕРВОГО ДНЯ ПОСЛЕДНЕЙ МЕНСТРУАЦИИ _____-_____-_____(ДД / ММ / ГГГГ)	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ТЕСТА НА БЕРЕМЕННОСТЬ (В СЛУЧАЕ ПРОВЕДЕНИЯ) _____-_____-_____(ДД / ММ / ГГГГ)			
ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОДОВ _____-_____-_____(ДД / ММ / ГГГГ)	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПРЕДЫДУЩЕГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ТЕСТА НА БЕРЕМЕННОСТЬ (В СЛУЧАЕ ПРОВЕДЕНИЯ) _____-_____-_____(ДД / ММ / ГГГГ)			
ТРЕБОВАЛАСЬ ЛИ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ / ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА УКАЖИТЕ ПОДРОБНО: _____	МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА			
ИЗВЕСТЕН ЛИ ИСХОД ТЕКУЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА МОМЕНТ ЗАПОЛНЕНИЯ НАСТОЯЩЕЙ ФОРМЫ? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА				
АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ			КОЛИЧЕСТВО / ГОД СОБЫТИЯ	
ПРЕДЫДУЩИЕ БЕРЕМЕННОСТИ (в случае внематочной беременности, пузырного заноса или				

других осложнений, укажите):	
ЖИВОРОЖДЕННЫЕ БЕЗ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ / ПОРОКОВ / НАРУШЕНИЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ / РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)	
ЖИВОРОЖДЕННЫЕ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ / ПОРОКАМИ / НАРУШЕНИЯМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ / РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС) (укажите тип врожденной аномалии / нарушения развития / РАС):	
СПОНТАННЫЕ ВЫКИДЫШИ ДО 20 НЕДЕЛЬ (укажите срок беременности):	
ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ (ДЕФЕКТЫ ПЛОДА) (укажите срок беременности):	
ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ (ОТСУТСТВИЕ ДЕФЕКТОВ ПЛОДА ИЛИ ДАННЫХ О ДЕФЕКТАХ) (укажите срок беременности):	
ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА (>20 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ) (укажите срок беременности, причину(-ы) / данные патоморфологического исследования):	
АНАМНЕЗ РОДСТВЕННИКОВ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ / ОТЦА (включая бабушек и дедушек):	
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВЕННИКА / ПОДРОБНЫЕ СВЕДЕНИЯ: _____
ДЕТИ, УМЕРШИЕ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВЕННИКА / ПОДРОБНЫЕ СВЕДЕНИЯ: _____
ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВЕННИКА / ПОДРОБНЫЕ СВЕДЕНИЯ: _____
ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВЕННИКА / ПОДРОБНЫЕ СВЕДЕНИЯ: _____
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВЕННИКА / ПОДРОБНЫЕ СВЕДЕНИЯ: _____
РЕЛЕВАНТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВЕННИКА / ПОДРОБНЫЕ СВЕДЕНИЯ: _____
БЛИЗКОРОДСТВЕННЫЕ БРАКИ	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВЕННИКА / ПОДРОБНЫЕ СВЕДЕНИЯ: _____
ДРУГОЕ	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА, УКАЖИТЕ: _____

--

СОПРОВОЖДАЛАСЬ ЛИ БЕРЕМЕННОСТЬ РАЗВИТИЕМ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ (НЯ), КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ С ПРИМЕНЯЕМЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ?

НЕТ ДА (если «да», необходимо заполнить раздел 7 «Нежелательные явления в ходе беременности»)

7. НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ХОДЕ БЕРЕМЕННОСТИ

НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ РАЗВИЛОСЬ У МАТЕРИ РЕБЕНКА

ОПИШИТЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ(-ЫЕ) ЯВЛЕНИЕ(-Я) (укажите все важные клинические данные, включая последовательность развития событий, диагностические и иные сведения):

Дата начала НЯ (ДД / ММ / ГГГГ)		Дата завершения НЯ (ДД / ММ / ГГГГ)	
Критерии серьезности НЯ (выберите один или несколько вариантов)	<input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Угроза жизни <input type="checkbox"/> Госпитализация или ее продление	<input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Врожденные аномалии <input type="checkbox"/> Клинически значимое событие <input type="checkbox"/> Не применимо	
Исход НЯ (выберите один вариант)	<input type="checkbox"/> Выздоровление без последствий <input type="checkbox"/> Улучшение состояния <input type="checkbox"/> Состояние без изменений	<input type="checkbox"/> Выздоровление с последствиями (укажите: _____) <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/> Не применимо	
Предпринятые меры в отношении НЯ	<input type="checkbox"/> Без лечения <input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛП <input type="checkbox"/> Снижение дозы ЛП <input type="checkbox"/> Отмена сопутствующего лечения	<input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство) (укажите: _____) <input type="checkbox"/> Лекарственная терапия (укажите: _____) <input type="checkbox"/> Другое (укажите: _____)	
Срок гестации (если применимо)			
Результаты лабораторно-инструментальных исследований (если			

применимо)

8. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (включая лекарственные препараты, витамины, биологически активные добавки, применяемые на момент начала беременности или в течение 6 месяцев до беременности, а также в ходе неё)

НАИМЕНОВАНИЕ ПРЕПАРАТА* (СНАЧАЛА ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРЕПАРАТЫ АО «БИОКАД»)	ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ (ЕСТЬ / НЕТ)	ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПЛОД / НОВОРОЖДЕННОГО**	ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ	ДОЗА/ РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ/ КОЛИЧЕСТВО ДОЗ	ДАТА НАЧАЛА ПРИМЕНЕНИЯ*** (ДД / ММ / ГГГГ)	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ *** (ДД / ММ / ГГГГ)	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ (ДНИ)	НОМЕР СЕРИИ (ВВЕДИТЕ «Н/Д», ЕСЛИ СВЕДЕНИЯ НЕ ДОСТУПНЫ)

* Если какое-либо медикаментозное лечение могло быть связано с возникновением сообщаемого нарушения; укажите предпринятые действия и исход

** Воздействие на плод / новорожденного: выберите все применимые варианты (1–4)

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. ДО ИЛИ В ПЕРИОД ЗАЧАТИЯ | 3. РОДЫ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ |
| 2. В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ | 4. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ |

*** Если точные даты приема препаратов неизвестны, укажите неделю или триместр беременности.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ О ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

РЕГИСТРИРОВАЛИСЬ ЛИ ОСЛОЖНЕНИЯ / ЖАЛОБЫ В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ? НЕТ ДА

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ПОДРОБНЫЕ СВЕДЕНИЯ:

10. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ИССЛЕДОВАНИЕ	ДАТА (ДД / ММ / ГГГГ)	ОТКЛОНЕНИЯ	УКАЖИТЕ ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ
АМНИОЦЕНТЕЗ		<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА	
АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИН (И ДРУГИЕ СЫВОРОТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ)		<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА	
БИОПСИЯ ВОРСИН ХОРИОНА		<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА	
КОНТРАКТИЛЬНЫЙ СТРЕССОВЫЙ ТЕСТ		<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА	

		ПЛОДА (ДД / ММ / ГГГГ)										
	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		г см			<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА ²
	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		г см			<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА	
	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		г см			<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА	

¹ ИСХОД: ВВЕДИТЕ НОМЕР ВАРИАНТА, СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ИСХОДУ БЕРЕМЕННОСТИ (УКАЖИТЕ ВСЕ, ЧТО ПРИМЕНИМО)

- 1) ЖИВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК (НОРМАЛЬНЫЙ)
- 2) ЖИВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК (С ОТКЛОНЕНИЯМИ)*
- 3) САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ (<20 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ)
- 4) РАННЯЯ ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА (20–27 НЕДЕЛЯ БЕРЕМЕННОСТИ)
- 5) ПОЗДНЯЯ ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА (НЕ РАНЕЕ 28 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ)
- 6) ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
- 7) МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК
- 8) СМЕРТЬ МАТЕРИ (ЕСЛИ ПОВЛЕКЛА ЗА СОБОЙ ГИБЕЛЬ ПЛОДА, УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ВАРИАНТ)
- 9) ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ
- 10) ЖИВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК (НОРМАЛЬНЫЙ) – НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ**

* отклонения могут включать врожденные аномалии и пороки развития, выявленные **при рождении, укажите:** _____

** нарушения развития, врожденные аномалии и пороки развития, **не выявленные при рождении, укажите** (дополнительная информация о них вносится в раздел 12):

² УКАЖИТЕ ВОЗРАСТ НА МОМЕНТ ГИБЕЛИ И ЕЕ ПРИЧИНУ: _____

В СЛУЧАЕ ВЫКИДЫША, МЕРТВОРОЖДЕНИЯ, ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА ИЛИ СМЕРТИ МАТЕРИ БЫЛО ЛИ ПРОВЕДЕНО ВСКРЫТИЕ?

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ДАННЫЕ ПО КАЖДОМУ ИЗ НИХ:

НЕТ ДА НЕИЗВЕСТНО

РОДЫ / РОДОРАЗРЕШЕНИЕ:		
СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ:		
ОСЛОЖНЕНИЯ В ХОДЕ РОДОВ / РОДОРАЗРЕШЕНИЯ		<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА, УКАЖИТЕ: _____
МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ХОДЕ РОДОВ	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА, УКАЖИТЕ: _____	
ПРОЗРАЧНАЯ АМНИОТИЧЕСКАЯ ЖИДКОСТЬ	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА	
НОРМАЛЬНАЯ ПЛАЦЕНТА	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА	

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ НОВОРОЖДЕННОГО:ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕТ ДАЗАБОЛЕВАНИЯ В НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НЕТ ДА, УКАЖИТЕ: _____НЕОБХОДИМОСТЬ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НЕТ ДАЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА ИЛИ НЕЗРЕЛОСТЬ НЕТ ДА, УКАЖИТЕ: _____КОРРЕКТИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ, ПОЛУЧАЕМОЕ НОВОРОЖДЕННЫМ НЕТ ДА, УКАЖИТЕ: _____ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ НЕТ ДАПЕРЕВОД В ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИЛИ ПЕДИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НЕТ ДА, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НАХОЖДЕНИЯ: _____

АДРЕС ЛПУ/ОТДЕЛЕНИЯ: _____

НОВОРОЖДЕННЫЙ ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ ПОД ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ СПЕЦИАЛИСТОВ? НЕТ ДА, УКАЖИТЕ ФИО, СПЕЦИАЛИЗАЦИЮ ВРАЧА И АДРЕС МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ: _____**12. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА**

НОМЕР РЕБЕНКА	ВОЗРАСТ РЕБЕНКА НА МОМЕНТ ОЦЕНКИ	РАЗВИТИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ		НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ		ПРИРОСТ МАССЫ И РОСТА*	ДРУГОЙ ТИП НАСЛЕДСТВЕННЫХ АНОМАЛИЙ*		ЕСЛИ * УКАЖИТЕ.
		НОРМА	ЗАДЕРЖКА*	НОРМА	ЗАДЕРЖКА*		ДА*	НЕТ	
1.						Г СМ			
2.						Г СМ			
3.						Г СМ			

*УКАЖИТЕ ЗНАЧИМЫЕ С МЕДИЦИНСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ ПРИВОДИЛИ К ОБРАЩЕНИЮ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ

ПОМОЩЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ / ВЫЗОВУ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИЛИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ИЛИ ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ, НЕ ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ РОЖДЕНИИ, ИЛИ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ / РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.

13. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

--

14. ДАННЫЕ СООБЩАЮЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ф.И.О.	
Регион, город	
Должность и место работы	
Адрес медицинского учреждения	
Телефон	
Электронная почта	

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ПОВТОРНЫЙ КОНТАКТ С СОТРУДНИКОМ АО «БИОКАД»: ДА НЕТ

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (В ТОМ ОБЪЕМЕ, В КОТОРОМ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ) (поле обязательно к заполнению): ДА НЕТ

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ ФОРМЫ (ДД / ММ / ГГГГ): _____

ПОДПИСЬ ЗАПОЛНИВШЕГО ФОРМУ (С РАСШИФРОВКОЙ): _____ / _____