

## Formular zur Erfassung einer Fingolimod-Exposition in der Schwangerschaft

STADA Arzneimittel GmbH, Muthgasse 36, A-1190 Wien, Tel. (01) 367 85 85 – 0, Fax (01) 367 85 85 – 85,  
E-Mail: office@stada.at, <https://www.stada.at/>

*Dieses Formular ist nur durch Apotheken- bzw. medizinisches Fachpersonal auszufüllen und mit einem Stempelaufdruck der Apotheke bzw. der Arztpraxis zu versehen.*

<b>Nicht ausfüllen</b> Datum:		<b>aufgenommen von:</b>			<firmeninterne Fallnummer:>	
<b>Arzneimittel (AM):</b>				<b>Chargen-Nr.</b>	<b>gegeben für Indikation:</b>	
Darr.form: (z.B. Tabletten)	Stärke: (z.B. in mg)	Tagesdosis: (z.B. in mg)	Applikation: (z.B. oral)	<b>Therapiedauer</b> (Tage/Wo/Mon/Jahre): ..... von: ..... bis: ..... ab Schwangerschaftswoche: .....		
<b>Mutter:</b>  Init .../....	Geb.Datum: (Tag/Monat/Jahr) ...../...../.....	Alter (Jahre): .....	Letzte Regelblutung: (Tag/Monat/Jahr) ...../...../.....	Wahrscheinlicher Konzeptionstermin: (Tag/Monat/Jahr) ...../...../.....		
<b>Weitere Medikation:</b>	1. ....		2. ....		3. ....	
<b>Dosierung:</b>	.....		.....		.....	
<b>Therapiedauer:</b>	von: ..... bis: .....	von: ..... bis: .....	von: ..... bis: .....	von: ..... bis: .....	von: ..... bis: .....	von: ..... bis: .....
<b>Verlauf der Schwangerschaft:</b>	<b>Komplikationen :</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <b>Wenn ja, welche?</b>					
<b>Anamnestische Besonderheiten:</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?				Raucherin <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum <input type="checkbox"/>		
<b>Erbkrankheiten oder Fehlbildungen in der Familie:</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?						
<b>Frühere Schwangerschaften:</b> Wenn ja, welche?		<b>Anzahl:</b> ..... <b>Komplikationen:</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
<b>Ausgang der Schwangerschaft:</b>	Geburtsdatum: (Tag/Monat/Jahr) ...../...../.....	Geschlecht: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	Gewicht in g:	Mehrlinge ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> Missbildungen* <input type="checkbox"/> andere Auffälligkeiten* *bitte im Kommentar erläutern	
	<input type="checkbox"/> Termingerechte Spontangeburt					
	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in SSW: ..... Grund:					
	Komplikationen im Geburtsverlauf: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?					
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch in SSW: .....Grund:						
<b>Kommentar:</b>						
<b>Meldequelle/ Absender:</b>						

Stempel