

Formulario de seguimiento de exposición durante el embarazo y de eventos adversos en el embarazo

1. Por favor, complete y envíe la sección I para el reporte inicial de exposición durante el embarazo, a:

Argentina:

farmacovigilancia@varifarma.com.ar

2. Se solicitará realizar seguimiento inmediatamente después del parto y a los tres meses de ocurrido el mismo completando las secciones II y III, respectivamente y enviándolas a las direcciones de e-mail referidas previamente.
3. En caso de sospecha de reacción adversa durante el embarazo complete la sección IV del presente Formulario.
4. Por favor, añada notas adicionales, si es necesario, en la sección V.

I. Información de la exposición durante el embarazo

A) Información general				
A1	Droga sospechada (incluyendo nombre genérico): Medidas tomadas con el medicamento sospechoso en respuesta al embarazo (suspensión, ajuste de dosis, etc.):	Indicación: Dosificación del medicamento antes del conocimiento del embarazo: Fecha de inicio del tratamiento con el medicamento sospechoso: ____/____/____ dd /mm / aaaa	Ajuste de la dosis del medicamento desde la toma de conocimiento del embarazo (si aplica): _____	Fecha de la última administración del medicamento antes de tomar conocimiento del embarazo ____/____/____ dd /mm / aaaa
A2	Iniciales del paciente: Nombre/s: ____ Apellido/s: ____	¿A quién corresponde el embarazo?: Paciente: <input type="checkbox"/> Pareja del paciente: <input type="checkbox"/>	Fecha en la que tomó conocimiento del embarazo: ____/____/____ dd /mm / aaaa	Fecha probable de parto ____/____/____ dd /mm / aaaa
A3	Lugar de residencia de la embarazada:	Fecha de nacimiento o edad de la embarazada ____/____/____ o ____ años	Altura: _____ cm	Peso: _____ kg
A4	Fuente de información para este reporte (reportante):	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Médico tratante <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Pediatra/neonatólogo <input type="checkbox"/> Otro _____		
A5	Fecha de este reporte	____/____/____ dd /mm / aaaa		
A6	Reportante			
	Nombre y apellido:			
	Teléfono:			

	Correo electrónico:	
A7	Ginecólogo-obstetra (si aplica)	
	Nombre y apellido:	
	Teléfono:	
	Correo electrónico:	
B) Información materna		
Antecedentes obstétricos		
B1	Embarazos previos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B2	Resultado de los embarazos anteriores (introduzca los dígitos si se trata de embarazos múltiples)	<input type="checkbox"/> Nacido vivo <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto electivo <input type="checkbox"/> Muerte fetal tardía <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico <input type="checkbox"/> Embarazo molar
B3	Complicaciones en embarazos anteriores:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (especifique): _____
B4	Anomalías fetales / neonatales previas	<input type="checkbox"/> Sí, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No
B5	Antecedentes médicos relevantes	
B6	Antecedentes familiares	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Antecedentes de anomalías congénitas <input type="checkbox"/> Retraso psicomotor en la familia
B7	Consanguinidad entre los padres	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado de relación: _____
Embarazo actual		
B8	Fecha de última menstruación (FUM)	_____/_____/_____ dd /mm / aaaa

B9	Edad gestacional al momento de la última toma del fármaco sospechoso	_____ Días según: <input type="checkbox"/> Ecografía <input type="checkbox"/> FUM
B10	Número de fetos	_____
B11	Método(s) anticonceptivo(s) utilizado(s) antes del embarazo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales <input type="checkbox"/> Otro _____
B12	Consumo de drogas recreativas	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas ilícitas (especificar la cantidad y fecha de suspensión si aplica)
B13	Pruebas serológicas positivas	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Rubeola <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Otra _____
B14	Medicación usada durante el embarazo (incluyendo medicamentos de venta libre, suplementos, vitaminas; aclarar fecha de administración de cada una si fuera posible)	
B15	Complicaciones durante el embarazo y la fecha (incluyendo cualquier reacción adversa)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (en caso de reacción adversa documéntelo en la sección V Reporte de sospecha de reacción adversa durante el embarazo).
B16	Control prenatal (especificar fechas y resultados), por ejemplo, ecografía fetal, marcadores séricos (AFP, etc.), biopsia corial, amniocentesis.	<input type="checkbox"/> Sin hallazgos particulares <input type="checkbox"/> Con hallazgos, especifique (en caso de reacción adversa documéntelo en la sección V Reporte de sospecha de reacción adversa durante el embarazo).
	Fecha reporte:	_____/_____/_____ dd /mm / aaaa

II. Seguimiento inmediatamente posterior al nacimiento:

C1	Fecha y fuente de información:	_____/_____/_____ dd /mm / aaaa	
C2	Medicación usada durante el embarazo (incluyendo medicamentos de venta libre, suplementos, vitaminas, aclarar fecha de administración de cada una si fuera posible)		
C3	Complicaciones durante el embarazo y la fecha (incluyendo cualquier reacción adversa)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (en caso de reacción adversa documéntelo en la sección IV Reporte de sospecha de reacción adversa durante el embarazo).	
C4	Control prenatal (especificar fechas y resultados), por ejemplo, ecografía fetal, marcadores séricos (AFP, etc.), biopsia corial, amniocentesis	<input type="checkbox"/> Sin hallazgos particulares <input type="checkbox"/> Sí, con hallazgos (en caso de reacción adversa documéntelo en la sección IV Reporte de sospecha de reacción adversa durante el embarazo).	
C5	Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Vaginal espontáneo <input type="checkbox"/> Vaginal inducido <input type="checkbox"/> Cesárea	
C6	Complicaciones durante el trabajo de parto/parto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Distrés fetal <input type="checkbox"/> Líquido amniótico anormal <input type="checkbox"/> Placenta anormal <input type="checkbox"/> Otra: _____	
C7	Resultado del embarazo	<input type="checkbox"/> Nacido vivo <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto electivo <input type="checkbox"/> Muerte fetal tardía <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico <input type="checkbox"/> Embarazo molar	
C8	Fecha de parto	_____/_____/_____ dd /mm / aaaa	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
C9	Edad gestacional al nacer	_____ semanas	
C10	Peso al nacer	_____ kg	

D3	Enfermedad neonatal, hospitalización, tratamientos farmacológicos desde el último seguimiento:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (especifique):
Nombre y apellido del reportante _____		Fecha del reporte: / / dd /mm / aaaa

V. Información adicional

--	--

