

# MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI GRAVIDANZA

INVIARE IL PRESENTE MODULO COMPILATO AI CONTATTI RIPORTATI NELLA LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO DEI MATERIALI EDUCAZIONALI

INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE	
NOME DEL SEGNALATORE (Nome-Cognome)	OCCUPAZIONE
INDIRIZZO (via/piazza/n. civico)	CITTA'- PAESE
TELEFONO	E-MAIL
FAX	

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE FEMMINA		
ID della PAZIENTE	ETA'	DATA DI NASCITA (gg/mm/aaaa) ____ / ____ / ____
PARTNER FEMMINILE DI UN PAZIENTE MASCHIO		
ID della PAZIENTE	ETA'	DATA DI NASCITA (gg/mm/aaaa) ____ / ____ / ____

INFORMAZIONE SUL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON LENALIDOMIDE			
LOTTO N.	DATA DI SCADENZA	DOSAGGIO	FREQUENZA
DATA DI INIZIO (gg/mm/aaaa) ____ / ____ / ____	DATA DI INTERRUZIONE (gg/mm/aaaa) ____ / ____ / ____		
INDICAZIONE PER L'USO			

FOLLOW-UP DELLA GRAVIDANZA		
	SI	NO
La paziente è stata già indirizzata ad un ostetrico/ginecologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, si prega di specificare il suo nome ed i suoi contatti:		
	SI	NO
<b>MOTIVO DEL FALLIMENTO DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLA GRAVIDANZA</b>		
La paziente è stata erroneamente considerata non potenzialmente fertile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, riportare i motivi per averla considerata non potenzialmente fertile:		
a. Età $\geq$ 50 anni e naturalmente amenorrea per $\geq$ 1 anno (non comparsa a seguito di terapia antineoplastica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo specialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Precedente salpingo-ooforectomia bilaterale, o isterectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Genotipo XY, Sindrome di Turner, agenesia uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>INDICARE NELLA LISTA IN BASSO QUALE METODO CONTRACCETTIVO È STATO USATO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a. Impianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sistema intrauterino a rilascio di Levonorgestrel (IUS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Deposito di medrossiprogesterone acetato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sterilizzazione delle tube (specificare di seguito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Legatura delle tube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Diatermia delle tube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Clips delle tube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rapporti sessuali solo con partner maschili vasectomizzati; la vasectomia deve essere confermata da due analisi del seme con risultato negativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Pillole inibitori dell'ovulazione a base di solo progestinico (per es. desogestrel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Altre pillole a base di solo progestinico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Pillola contraccettiva orale combinata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Altri dispositivi intra-uterini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Preservativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Cappuccio cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Spugna vaginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Sospensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Nessuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>INDICARE NELLA LISTA IN BASSO LA RAGIONE DEL FALLIMENTO DEL METODO CONTRACCETTIVO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Mancata contraccezione orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra medicazione o malattia intercorrente che interagisca con contraccezione orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificato incidente con metodo a barriera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non noto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LA PAZIENTE SI È IMPEGNATA AD UNA COMPLETA E CONTINUA ASTINENZA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>È STATO INTRAPRESO IL TRATTAMENTO CON LENALIDOMIDE NONOSTANTE LA PAZIENTE FOSSE GIÀ INCINTA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LA PAZIENTE HA RICEVUTO MATERIALE EDUCATIVO SUL POTENZIALE RISCHIO DI TERATOGENICITÀ</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>LA PAZIENTE HA RICEVUTO ISTRUZIONI SULLA NECESSITÀ DI EVITARE UNA GRAVIDANZA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

**INFORMAZIONI PRENATALI**

DATA DELL'ULTIMA MESTRUAZIONE

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA PREVISTA DEL PARTO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TEST DI GRAVIDANZA	INTERVALLO DI RIFERIMENTO	DATA
ESAME QUALITATIVO URINE		____/____/____
ESAME QUANTITATIVO SIERO		____/____/____

**STORIA OSTETRICA PASSATA**

ANNO DELLA GRAVIDANZA (gg/mm/aaaa)	ESITO					
	Aborto spontaneo	Aborto terapeutico	Nato vivo	Ancora vivo	Età gestazionale	Tipo di parto

**DIFETTI ALLA NASCITA**

	SI	NO	NON NOTO
Era presente qualche difetto alla nascita in qualsiasi gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È presente una storia familiare di qualsiasi tipo di anomalie congenite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se si ad una qualsiasi di queste domande, si prega di fornire dettagli di seguito:			

**PRECEDENTE STORIA MEDICA MATERNA**

CONDIZIONE	DATA (gg/mm/aaaa)		TRATTAMENTO	ESITO
	DA	A		

**CONDIZIONI MEDICHE MATERNE CONCOMITANTI**

CONDIZIONE	DA	TRATTAMENTO

**ALTRE CONDIZIONI MATERNE CONCOMITANTI**

	SI	NO
<b>ALCOL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, quantità giornaliera		
<b>TABACCO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, quantità giornaliera		
<b>USO DI FARMACI IN TABELLA IV O DROGHE RICREATIVE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, fornire dettagli		

**MEDICINALI UTILIZZATI DALLA MADRE DURANTE LA GRAVIDANZA E NELLE 4 SETTIMANE PRECEDENTI LA GRAVIDANZA (includendo prodotti erboristici, farmaci da banco ed integratori alimentari)**

MEDICINALE / TRATTAMENTO	DATA DI INIZIO (gg/mm/aaaa)	DATA DI INTERRUZIONE / CONTINUATIVO (gg/mm/aaaa)	INDICAZIONE
	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	
	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	
	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	
	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	
	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	

**NOME DELLA PERSONA CHE COMPILA QUESTO MODULO (Nome e Cognome)**

**DATA DI COMPILAZIONE**  
(gg/mm/aaaa)

**FIRMA DEL SEGNALATORE**

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_