

ОТЧЕТ О БЕРЕМЕННОСТИ

Спонсор: Médecins Sans Frontières	№ протокола/программы:	№ центра (для исследований) или страна:
Первый отчет: <input type="checkbox"/>	Контрольный отчет: <input type="checkbox"/>	Отчет от: ___ / ___ / _____ (дд/ммм/гггг)

Информация о пациентке (мать)

№ пациента: [Отец <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/>]	Инициалы матери:	Дата рождения: ___ / ___ / _____ (дд/ммм/гггг)	Рост матери: CM	Вес матери: KG
--	------------------	---	--------------------------	-------------------------

Прием препаратов до и во время беременности

Препарат (МНН)
Дневная доза и способ приема							
№ партии							
Дата начала лечения (дд/ммм/гггг)	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____
Дата прекращения лечения (дд/ммм/гггг)	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____
Препарат принимает	Отец <input type="checkbox"/> / Мать <input type="checkbox"/>	Отец <input type="checkbox"/> / Мать <input type="checkbox"/>	Отец <input type="checkbox"/> / Мать <input type="checkbox"/>	Отец <input type="checkbox"/> / Мать <input type="checkbox"/>	Отец <input type="checkbox"/> / Мать <input type="checkbox"/>	Отец <input type="checkbox"/> / Мать <input type="checkbox"/>	Отец <input type="checkbox"/> / Мать <input type="checkbox"/>

Меры, принятые в связи с беременностью

Дозировка не изменилась	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Доза снижена	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Новая сут. доза							
Дата (дд/ммм/гггг)	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____
Препарат полностью отменен	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дата (дд/ммм/гггг)	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____
Препарат временно отменен	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
С (дд/ммм/гггг)	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____
по (дд/ммм/гггг)	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____
Не применимо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ОТЧЕТ О БЕРЕМЕННОСТИ

Спонсор: Médecins Sans Frontières	№ протокола/программы:	№ центра (для исследований) или страна:
Первый отчет: <input type="checkbox"/>	Контрольный отчет: <input type="checkbox"/>	Отчет от: ____ / ____ / ____ (дд/ммм/гггг)

Информация о беременности			
Первый день последнего менструального цикла	____ / ____ / ____ (дд/ммм/гггг)	Ожидаемая дата родов	____ / ____ / ____ (дд/ммм/гггг)
Тест на беременность	<input type="checkbox"/> Положительный анализ мочи Дата: ____ / ____ / ____ (дд/ммм/гггг)	<input type="checkbox"/> Положительный анализ крови Дата: ____ / ____ / ____ (дд/ммм/гггг)	<input type="checkbox"/> Положительный ультразвук Дата: ____ / ____ / ____ (дд/ммм/гггг)
Исход беременности			
1. Во время беременности имели место осложнения	<input type="checkbox"/> Да. Уточнить:		
	<input type="checkbox"/> Нет		
2. Пациентка родила живого ребенка	<input type="checkbox"/> Да. Дата родов (дд/ммм/гггг): ____ / ____ / ____		
	<input type="checkbox"/> Нет. Уточнить причину:		
3. Здоровье новорожденного в пределах нормы	<input type="checkbox"/> Да		
	<input type="checkbox"/> Нет. Указать отклонение и причину:		
Комментарии по беременности/родам			

Информация о новорожденном(ых)						
Номер	Пол	Рост (см)	Вес (г)	Балл по шкале Апгар	Прием ПТП в ходе грудного вскармливания	Комментарии
1	Ж <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/>				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
2	Ж <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/>				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
3	Ж <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/>				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	

Релевантный анамнез (с акцентом на релевантный акушерско-гинекологический анамнез)	
---	--

Отчет подал(а)				
Ф.И.О.	Должность в исследовании/программе:	Дата, когда стало известно о беременности:	Адрес:	Дата и подпись:
		____ / ____ / ____	E-mail: Тел.:	____ / ____ / ____