

PREGNANCY REPORT FORM/ FORMULARIO DE INFORME DE EMBARAZO

Sponsor/ Patrocinador: PIH	Protocol/Program n°/ Protocolo/Programa n°:	Site n° (for studies) or country/ Centro n° (para estudios) o país:
Initial report/ Informe Inicial: <input type="checkbox"/>	Follow-up report/ Informe de seguimiento: <input type="checkbox"/>	Date of report/ Fecha del informe: ___ / ___ / ____ (dd/Mmm/yyyy)/(dd/Mmm/aaaa)

Patient information (mother)/ Información de la paciente (madre)

Patient n°/ N° de paciente:	Initials/ Iniciales:	Date of birth/ fecha de nacimiento: ___ / ___ / ____ (dd/Mmm/yyyy) (dd/Mmm/aaaa)	Height/ Talla: cm	Weight/ Peso: kg
------------------------------------	-----------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------

Relevant drug(s) exposure before/during pregnancy / Exposición a fármaco(s) relevante(s) antes/durante el embarazo

Drug name (INN)/ Nombre del fármaco (DCI)
Daily dose & route/ Dosis diaria y vía					
Batch number/ Número de lote					
Treatment start date/ Fecha de inicio del tratamiento (dd/Mmm/aaaa)	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____
Treatment stop date/ Fecha de finalización del tratamiento (dd/Mmm/aaaa)	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____

Action taken in response to the pregnancy/ Medida tomada en respuesta al embarazo

Dosage maintained/ Se mantuvo la dosificación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dose reduced/ Se redujo la dosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
New daily dose/ Nueva dosis diaria					
On/EI (dd/Mmm/aaaa)	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____
Drug permanently withdrawn/ Se retiró permanentemente el fármaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On/EI (dd/Mmm/aaaa)	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____
Drug interrupted/ Se interrumpió la administración del fármaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
From/ Desde (dd/Mmm/aaaa)	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____
To/ Hasta (dd/Mmm/aaaa)	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____
Not applicable/ No aplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGNANCY REPORT FORM/FORMULARIO DE INFORME DE EMBARAZO

Sponsor/Patrocinador: Médecins Sans Frontières	Protocol/Program n°/Protocolo/Programa n°:	Site n° (for studies) or country/Centro n° (para estudios) o país:
--	--	--

Pregnancy information/Información del embarazo			
Date of 1 st day of last menstrual period/Fecha del 1er día del último periodo menstrual (dd/Mmm/yyyy) / (dd/Mmm/aaaa)	____ / ____ / ____	Estimated date of delivery/Fecha aproximada de parto (dd/Mmm/yyyy) / (dd/Mmm/aaaa)	____ / ____ / ____
Pregnancy test/Prueba de embarazo	<input type="checkbox"/> Positive urine test/Prueba en orina positiva Date/Fecha: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Positive blood test/Prueba en sangre positiva Date/ Fecha: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Positive ultrasound /Ecografía positiva Date/ Fecha: ____ / ____ / ____
Pregnancy outcome/Resultado del embarazo			
1. Did the patient experience any complication during pregnancy?/¿Experimentó la paciente alguna complicación durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Yes. Specify/Sí. Especificar: <input type="checkbox"/> No		
2. Did the patient give birth to (a) live infant(s)?/¿La paciente alumbró a un niño vivo?	<input type="checkbox"/> Yes. Date of delivery/Sí. Fecha de parto (dd/Mmm/yyyy) / (dd/Mmm/aaaa): ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> No. Specify reason/No. Especificar la razón:		
3. Was the infant normal at birth?/¿Fue el lactante normal al nacer?	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No. Specify abnormality and reason/No. Especificar la anomalía y la razón:		
Additional comment on pregnancy/delivery/Comentario adicional sobre el embarazo/el parto			

Infant(s) information/Información del lactante(s)						
Infant number/Número de lactante	Sex/Sexo	Length/Talla (cm)	Weight /Peso(g)	APGAR score/Puntaje APGAR	Exposure during breastfeeding/Exposición durante la lactancia	Comment/Comentario
1	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Relevant medical history /Historia médica relevante (with focus on relevant prior gynaecological/obstetric history)/ (con enfoque en los antecedentes ginecológicos/obstétricos previos)	
--	--

Reporter/Informante				
Name of reporter/Nombre del informante:	Role in trial/program/ Función en el ensayo/programa:	Date of awareness/Fecha de toma de conocimiento: ____ / ____ / ____	Address/Dirección: Email/Correo electrónico: Phone/Teléfono:	Date and signature/Fecha y firma: ____ / ____ / ____