

Formular zur Erfassung von Schwangerschaften Teil1 (Dokumentation antepartum)



Patientenidentifikation:		Fallnummer (nur für BMS)		Lokale Fallnummer (nur für BMS)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
BMS Eingangsdatum (nur für BMS)		WWPS Eingangsdatum (nur für BMS)			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Berichtstyp:	<input type="checkbox"/> Erstbericht oder <input type="checkbox"/> Folgebericht			Land	
				<input type="text"/>	
Ereignis: SCHWANGERSCHAFT					
Expositionstyp: <input type="checkbox"/> Mutter oder <input type="checkbox"/> Vater					
<input type="text"/>					
Reporttyp: <input type="checkbox"/> Prospektiv oder <input type="checkbox"/> Retrospektiv					
Gab es mütterlicher-/väterlicherseits zusätzlich unterwünschte Ereignisse? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					
Wenn ja, melden Sie die unerwünschten Ereignisse bitte in entsprechender Weise.					
Angaben zur Mutter		Alter bei Konzeption:	Größe:	Gewicht:	Ethnische Zugehörigkeit:
Geburtsdatum:		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> cm	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Kaukasierin <input type="checkbox"/> Andere: <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anzahl Schwangerschaften (inklusive dieser)		Anzahl Geburten		Anzahl lebender Kinder	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Beginn der letzten Menstruation:		Ungefähres Empfängnisdatum:	Datum der Bestätigung der Schwangerschaft		
<input type="text"/>		Errechner Entbindungstermin:	Testmethode: <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Urin		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Schwangerschaftswoche bei Diagnose der Schwangerschaft:		Bestimmt durch		<input type="checkbox"/> Ultraschall des Fötus <input type="checkbox"/> Berechnung	
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Woche		<input type="checkbox"/>	
Schwangerschaft trotz Kontrazeption		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unbekannt			(Falls ja, bitte erläutern) <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>
Relevante medizinische Vorgeschichte / Risikofaktoren der Mutter		seit		Falls zutreffend, Angabe relevanter Details	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Angaben zum Vater:		Alter	Jahre	Geburtsdatum:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Relevante medizinische Vorgeschichte / Risikofaktoren des Vaters		seit		Falls zutreffend, Angabe relevanter Details	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Formular zur Erfassung von Schwangerschaften Teil1 (Dokumentation antepartum)

Patientenidentifikation:		Fallnummer (nur für BMS)			Lokale Fallnummer (nur für BMS)		
Medikament - Name und Indikation	Kausalzu- sammen- hang SS & Medik.?	Dosierung und Einheit	Anwendungs- häufigkeit	Route*	Zeitraum der Exposition **	Für onkologische Medikamente	Therapiebeginn und -ende
1. <input style="width: 100%;" type="text"/> Indikation <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Mutter o. <input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zyklus Nummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> Kumuliere Dosis mit Einheit <input style="width: 100%;" type="text"/>	o. <input type="checkbox"/> laufend
2. <input style="width: 100%;" type="text"/> Indikation <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Mutter o. <input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zyklus Nummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> Kumuliere Dosis mit Einheit <input style="width: 100%;" type="text"/>	o. <input type="checkbox"/> laufend
3. <input style="width: 100%;" type="text"/> Indikation <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Mutter o. <input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zyklus Nummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> Kumuliere Dosis mit Einheit <input style="width: 100%;" type="text"/>	o. <input type="checkbox"/> laufend
4. <input style="width: 100%;" type="text"/> Indikation <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Mutter o. <input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zyklus Nummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> Kumuliere Dosis mit Einheit <input style="width: 100%;" type="text"/>	o. <input type="checkbox"/> laufend
5. <input style="width: 100%;" type="text"/> Indikation <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Mutter o. <input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zyklus Nummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> Kumuliere Dosis mit Einheit <input style="width: 100%;" type="text"/>	o. <input type="checkbox"/> laufend
6. <input style="width: 100%;" type="text"/> Indikation <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Mutter o. <input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zyklus Nummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> Kumuliere Dosis mit Einheit <input style="width: 100%;" type="text"/>	o. <input type="checkbox"/> laufend
7. <input style="width: 100%;" type="text"/> Indikation <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Mutter o. <input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zyklus Nummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> Kumuliere Dosis mit Einheit <input style="width: 100%;" type="text"/>	o. <input type="checkbox"/> laufend

***Route / Art der Anwendung:**

1 = Oral

2 = Intravenös

3 = Subkutan

4 = Sonstige

****Zeitraum der Exposition: (alle zutreffenden auswählen)**

0 = vor Konzeption

1 = 1. Trimester

2 = 2. Trimester

3 = 3. Trimester

4 = Wehen & Geburt

5 = Unbekannt

Formular zur Erfassung von Schwangerschaften Teil1 (Dokumentation antepartum)

Patientenidentifikation:		Fallnummer (nur für BMS)		Lokale Fallnummer (nur für BMS)	
Pränataldiagnostische Tests	Base-line	Datum	Untersuchungsergebnis Einheit	Referenzbereich	
				von	bis
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
Ggf. detaillierte Beschreibung der Ergebnisse:					
Meldende Person:					
Qualifikation:					
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Apotheker/in <input type="checkbox"/> Krankenschwester/-pfleger <input type="checkbox"/> Andere(r) Angehörige(r) der Heilberufe <input type="checkbox"/> Patient/in <input type="checkbox"/> Anwalt/Anwältin <input type="checkbox"/> Kein(e) Angehörige(r) der Heilberufe					
Person, die das Formular ausfüllt:					Datum
Name					
Unterschrift					
Institut / Organisation					
Straße				Stadt	
PLZ		Land		Telefonnummer	
E-Mail					

Formular zur Erfassung von Schwangerschaften Teil3 (Angaben zum Säugling)

Patientenidentifikation:		Fallnummer (nur für BMS)		Lokale Fallnummer (nur für BMS)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Gegenwärtiges Alter des Kindes		<input type="text"/>	Einheit	<input type="checkbox"/> Tage	<input type="checkbox"/> Wochen	<input type="checkbox"/> Monate
<input type="checkbox"/> Keine Probleme <input type="checkbox"/> Aufgetretene medizinische Probleme (bitte beschreiben Sie die Befunde und geplanten Maßnahmen, z.B. diagnostische Tests, Beratungen, etc.)		<input type="text"/>				
Kausalzusammenhang zur Medikation? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte beschreiben):						
<input type="text"/>						
Mutter stillt		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wie lange: <input type="text"/>		
Medikamenteneinnahme der Mutter während der Stillzeit		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	(Falls ja, bitte angeben):		
<input type="text"/>						
Meldende Person:						
Qualifikation:						
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin		<input type="checkbox"/> Apotheker/in		<input type="checkbox"/> Krankenschwester/-pfleger		
<input type="checkbox"/> Patient/in		<input type="checkbox"/> Anwalt/Anwältin		<input type="checkbox"/> Kein(e) Angehörige(r) der Heilberufe		
Person, die das Formular ausfüllt:				Datum:		
<input type="text"/>		Name		<input type="text"/>		
<input type="text"/>		Unterschrift		<input type="text"/>		
Institut / Organisation		<input type="text"/>				
Straße		<input type="text"/>		Stadt		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
PLZ		Land		Telefonnummer		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
E-Mail		<input type="text"/>				
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						

Formular zur Erfassung von Schwangerschaften - Kurzanleitung

Dieses Formular ist für alle prospektiven (bestätigte Schwangerschaft, vor der Entbindung oder bei Verdacht einer angeborenen Anomalie) und retrospektiven (nach der Entbindung oder nach Bestätigung einer angeborenen Anomalie/Fehlbildung) Meldungen zu Schwangerschaften- und Schwangerschaftsausgängen (normale und abnormale Lebendgeburten, fetaler oder neonataler Tod etc.) auszufüllen. Es dient der Datenerfassung von Schwangerschaften und der damit einhergehenden Meldeverpflichtung. Alle in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft stehenden unerwünschten Ereignisse (Komplikationen im Zuge der Geburt, medizinische Komplikationen bei der Mutter etc.) sind separat auf einem Formular für Berichte über unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu melden.

Formular zur Erfassung von Schwangerschaften Teil1	Formular zur Erfassung von Schwangerschaften Teil2	Formular zur Erfassung von Schwangerschaften Teil3
Sobald eine Schwangerschaft bestätigt wurde.	Sobald der Ausgang der Schwangerschaft bekannt ist.	Sobald Informationen zum Säugling vorliegen

Zur Kopfzeile (alle Seiten)

- Tragen Sie oben links unter Patientenidentifikation z.B. die Initialen der Schwangeren sowie falls bekannt die Fallnummer und/oder lokale Fallnummer ein.
- Die Teile I, II und III sind mit der entsprechenden Kopfzeileninformationen auf jeder Seite auszufüllen.

Teil 1 - Seite 1: Füllen Sie alle Fragen zur "SCHWANGERSCHAFT" als einziges ‚unerwünschtes Ereignis‘ aus. Andere unerwünschte Ereignisse, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft zu melden sind (geburtshilfliche Komplikationen, mütterliche medizinische Komplikationen usw.), sind separat auf einem Formular für Berichte über unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu melden.

Teil 1 - Seite 2: Medikamente:

- Geben Sie jedes Medikament als separaten Eintrag an.
- Geben Sie an, ob eine Exposition der Mutter oder des Vaters bzgl. des Medikaments / der Medikamente vorliegt.
- Spalte "Kausalzusammenhang Schwangerschaft & Medikament": Kreuzen Sie an, ob die Schwangerschaft mit der Medikation in Zusammenhang steht.
- Angaben zu Dosierung: Bitte nutzen Sie für Route / Art der Anwendung und Zeitraum der Exposition die unten auf der Seite angegebenen Codes. Wählen Sie bei Zeitraum der Exposition alle zutreffenden aus.

Teil 1 - Seite 3: Pränataldiagnostische Tests: Geben Sie an, ob es sich bei den Ergebnissen um Baseline-Werte handelt, indem Sie unter "Baseline" ein Häkchen setzen; andernfalls lassen Sie dieses Feld leer, wenn Sie die entsprechenden Angaben machen. Geben Sie die Untersuchungsergebnisse an (einschließlich relevanter Einheiten oder sonstiger Daten) und nutzen Sie den Platz unter diesem Abschnitt, um die Ergebnisse bei Bedarf ausführlicher zu beschreiben.

Teil2 - Ausgang der Schwangerschaft: Füllen Sie die Entbindungsdaten und die Daten zum Ausgang der Schwangerschaft, wie oben auf der Seite angegeben, aus. Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, füllen Sie bitte für jeden Fötus/jedes Neugeborene ein separates Formular aus. Wenn es im Rahmen der Schwangerschaft / dem Ausgang der Schwangerschaft zu Komplikationen bei den Wehen oder der Entbindung, zu Beschwerden im Verlauf der Schwangerschaft oder zu Erkrankungen der Mutter kam, geben Sie diese kurz an.

HINWEISE: Wenn die Komplikationen, Beschwerden oder Erkrankungen unter die Definition eines unerwünschten Ereignisses fallen, sollten sie separat auf einem Formular für Berichte über unerwünschte Arzneimittelwirkungen gemeldet werden. Wenn eine "Normale Lebendgeburt" vorliegt, kreuzen Sie dieses Kästchen an und fahren Sie mit Teil 3 fort. Bei jedem anderen Ausgang der Schwangerschaft (anomale Lebendgeburt, fötaler oder neonataler Tod) füllen Sie bitte alle geforderten Informationen so vollständig wie möglich aus. Eine detaillierte Kausalitätsbeurteilung sollte, wie unten auf dieser Seite angegeben, vorgelegt werden.