

Rapporteringskilde	
Rapportert via	<input type="checkbox"/> Lege <input type="checkbox"/> Pasient <input type="checkbox"/> Myndighet <input type="checkbox"/> Litteratur <input type="checkbox"/> Annet:
Navn	
Gateadresse	
[Postnummer] By	Land
f. nr.	Faks nr.
Institusjon	<input type="checkbox"/> Sykehus/klinikk <input type="checkbox"/> Legepraksis <input type="checkbox"/> Annet:
Pasientdetaljer	
Pasientens initialer	Etternavn [] Fornavn [] 2. Mellomnavn []
Fødselsdato	Alder [] år
Kjønn	<input type="checkbox"/> kvinne (gravid ?) <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja [] . uke
Etnisitet	<input type="checkbox"/> Kaukasisk <input type="checkbox"/> Afrikansk <input type="checkbox"/> Asiatisk <input type="checkbox"/> Annet:
Høyde	Vekt [] cm [] kg
Underliggende tilstand/sykdom	
Detaljer om legemidlet	
Legemiddel	Indikasjon
Doseringsform/administrasjonsmåte	_____ / <input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top <input type="checkbox"/> annet: _____
Daglig dose [enhet]	_____ []
Behandlingsdatoer/varighet	Fra: [] . [] . [] til: [] Varighet: [] []
Inntak av legemiddel i følgende uker av graviditeten	Fra: [] . [] . [] til: [] Varighet: [] []
Sykdomsdatoer/varighet	Fra: [] . [] . [] til: [] Varighet: [] []
Har legemidlet vært brukt tidligere og blitt tolerert?	<input type="checkbox"/> ikke forskrevet <input type="checkbox"/> forskrevet og tolerert <input type="checkbox"/> forskrevet og ikke tolerert
Samtidige legemidler/samtidig sykdom	
1. Legemiddel	Indikasjon
Behandlingsdatoer/varighet	Fra: [] . [] . [] til: [] Varighet: [] []
Sykdomsdatoer/varighet	Fra: [] . [] . [] til: [] Varighet: [] []
Administrasjonsmåte	Daglig dose [enhet] <input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top <input type="checkbox"/> annet: _____ []
2. Legemiddel	Indikasjon
Behandlingsdatoer/varighet	Fra: [] . [] . [] til: [] Varighet: [] []
Sykdomsdatoer/varighet	Fra: [] . [] . [] til: [] Varighet: [] []
Administrasjonsmåte	Daglig dose [enhet] <input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top. <input type="checkbox"/> annet: _____ []
3. Legemiddel	Indikasjon
Behandlingsdatoer/varighet	Fra: [] . [] . [] til: [] Varighet: [] []
Sykdomsdatoer/varighet	Fra: [] . [] . [] til: [] Varighet: [] []
Administrasjonsmåte	Daglig dose [enhet] <input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top. <input type="checkbox"/> annet: _____ []
Andre sykdommer	
Risikofaktorer/andre relevante faktorer	<input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Ernæring <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Metabolske lidelser <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Stoffmisbruk <input type="checkbox"/> Implantater <input type="checkbox"/> Prevensjon <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> .Fysioterapi <input type="checkbox"/> Stråleterapi <input type="checkbox"/> Annet: _____

Utfall av graviditet	
Beskrivelse av klinisk forløp og utfall av graviditeten	

I tilfelle andre bivirkninger – Årsakssammenheng -:
Rapportør (f.eks. lege)
Alvorlig/ikke-alvorlig <input type="checkbox"/> alvorlig <input type="checkbox"/> ikke-alvorlig Årsak: <input type="checkbox"/> fatal <input type="checkbox"/> livstruende <input type="checkbox"/> permanent uførhet <input type="checkbox"/> malignitet <input type="checkbox"/> medfødt misdannelse <input type="checkbox"/> forlenget sykehusopphold <input type="checkbox"/> sykehusinnleggelse
Alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> alvorlig
Årsakssammenheng med legemidlet <input type="checkbox"/> sikker <input type="checkbox"/> usannsynlig <input type="checkbox"/> sannsynlig <input type="checkbox"/> ingen sammenheng <input type="checkbox"/> mulig <input type="checkbox"/> ikke evaluerbar <input type="checkbox"/> ikke evaluert
Kommentarer
Signatur/dato
Vennligst fyll ut tilleggsskjema for bivirkninger under graviditet for denne pasienten

Date	Version	Change log	Initials
2024-08-13	1	New	CASOE/LEHAN