

Rapporteringskälla			
Rapport via	<input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Myndighet <input type="checkbox"/> Litteratur <input type="checkbox"/> Annan:		
Namn			
Gatuadress			
Postnummer/Ort	Land		
Tel. Nr	Fax Nr		
Institution	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Annan:		
Patientdata			
Patient-ID	Efternamn [__]	Tilltalsnamn [__]	2. Mellannamn [__]
Födelsedatum	Ålder	[____] år	
Kön	<input type="checkbox"/> Kvinna (gravid ?) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja [____] . Vecka		
Etniskt ursprung	<input type="checkbox"/> Kaukasisk <input type="checkbox"/> Afrikansk <input type="checkbox"/> Asiatisk <input type="checkbox"/> Annat:		
Längd	Vikt	[____] cm	[____] kg
Bakomliggande sjukdom			
Uppgifter om läkemedlet			
Produkt	Indikation		
Doseringsform/beredningsform	_____ / <input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top. <input type="checkbox"/> Annat: _____		
Daglig dos [enhet]	[____] [____]		
Behandlingsdatum/duration	Från: [____ . ____ . ____]	Till: [____ . ____ . ____]	Duration: ____ [____]
Läkemedelsintag i graviditetsvecka	Från: [____ . ____ . ____]	Till: [____ . ____ . ____]	Duration: ____ [____]
Sjukdatum/duration	Från: [____ . ____ . ____]	Till: [____ . ____ . ____]	Duration: ____ [____]
Har läkemedlet tagits och tolererats tidigare?	<input type="checkbox"/> Ej förskrivet <input type="checkbox"/> Förskrivet och tolererat <input type="checkbox"/> Förskrivet men icke-tolererat		
Samtidig medicinering/samtidig sjukdom			
1. Produkt	Indikation		
Behandlingsdatum/duration	Från: [____ . ____ . ____]	Till: [____ . ____ . ____]	Duration: ____ [____]
Sjukdatum/duration	Från: [____ . ____ . ____]	Till: [____ . ____ . ____]	Duration: ____ [____]
Beredningsform	Daglig dos [enhet]	<input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top. <input type="checkbox"/> Annat: _____	
2. Produkt	Indikation		
Behandlingsdatum/duration	Från: [____ . ____ . ____]	Till: [____ . ____ . ____]	Duration: ____ [____]
Sjukdatum/duration	Från: [____ . ____ . ____]	Till: [____ . ____ . ____]	Duration: ____ [____]
Beredningsform	Daglig dos [enhet]	<input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top. <input type="checkbox"/> Annat: _____	
3. Produkt	Indikation		
Behandlingsdatum/duration	Från: [____ . ____ . ____]	Till: [____ . ____ . ____]	Duration: ____ [____]
Sjukdatum/duration	Från: [____ . ____ . ____]	Till: [____ . ____ . ____]	Duration: ____ [____]
Beredningsform	Daglig dos [enhet]	<input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top. <input type="checkbox"/> Annat: _____	
Andra sjukdomar			
Risikfaktorer/andra relevanta faktorer	<input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Diet <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Metabola störningar <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Läkemedelsmissbruk <input type="checkbox"/> Implantat <input type="checkbox"/> Preventivmedel <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Fysioterapi <input type="checkbox"/> Strålning <input type="checkbox"/> Annat:		

Utfall av graviditet	
Beskrivning av kliniskt förlopp och utfall av graviditet	

Om ytterligare biverkningar - Orsak	
Rapporter (t.ex. läkarrapporter)	
Allvarlighet <input type="checkbox"/> Allvarlig <input type="checkbox"/> Icke-allvarlig Orsak: <input type="checkbox"/> Dödlig <input type="checkbox"/> Livshotande <input type="checkbox"/> Permanent handikapp <input type="checkbox"/> Malignitet <input type="checkbox"/> Kongenital missbildning <input type="checkbox"/> Förlängd sjukhusvistelse <input type="checkbox"/> Nödvändig sjukhusvistelse	
Intensitet <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Allvarlig	
Orsakssamband med läkemedlet <input type="checkbox"/> Säkert <input type="checkbox"/> Inte troligt <input type="checkbox"/> Troligt <input type="checkbox"/> Inget samband <input type="checkbox"/> Möjligt <input type="checkbox"/> Obestämbar <input type="checkbox"/> Inte bedömt	
Kommentarer	
Underskrift/datum:	
Fyll i ytterligare formulär vid biverkningar hos denna patient under graviditet.	