

INFORMACIÓN Y MEDICACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA					
País: Argentina		Provincia:		Ciudad:	
Indicación de fingolimod:	Vía de administración	Fecha de inicio del tratamiento (día/mes/año)	Iniciales del paciente (nombre/apellido)	Altura (m)	Peso (kg)
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	___/___/___ Fecha de fin del tratamiento (día/mes/año) ___/___/___	Fecha de nacimiento (día/mes/año) ___/___/___		
INFORMACIÓN DEL EMBARAZO					
Tipo de notificación	Fecha de diagnóstico de embarazo	Fecha de última menstruación	Fecha estimada de parto		
<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Seguimiento	(día/mes/año) ___/___/___	(día/mes/año) ___/___/___	(día/mes/año) ___/___/___		
Riesgos del embarazo					
<input type="checkbox"/> Alcohol		<input type="checkbox"/> Tabaco		Otros (especifique)	
Descripción del curso actual del embarazo (ecografía fetal, amniocentesis, valores de laboratorio, etc.) Adjunte documentación si es necesario					
Descripción del parto					
<input type="checkbox"/> Parto vaginal		<input type="checkbox"/> Cirugía vaginal en el parto		<input type="checkbox"/> Cesárea	
Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)					
<input type="checkbox"/> No se conoce información al respecto					
Información adicional (p. ej.: medicación concomitante, historia clínica, embarazos previos, embarazos ectópicos, etc.) Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)					
INFORMACIÓN DEL DESCELACE DEL EMBARAZO					
- Nacimiento con vida Niño(s) sano(s) <input type="checkbox"/> Duración del embarazo (semanas): Número de niños que nacieron:					
			Por cada niño, especifique:		
			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso al nacer (kg):		
			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso al nacer (kg):		
			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso al nacer (kg):		

Anomalía congénita

Especifique tipo(s):

Por favor, explique o adjunte información adicional (si aplica)

Muerte neonatal Fecha (día/mes/año) __/__/____

Especifique causa:

Por favor, explique o adjunte información adicional (si aplica)

-Aborto espontáneo (menos de 20 semanas de embarazo)

Fecha (día/mes/año) __/__/____

-Muerte fetal prematura (entre 20y 27 semanas de embarazo)

Fecha (día/mes/año) __/__/____

-Muerte fetal tardía (más de 28 semanas de embarazo)

Fecha (día/mes/año) __/__/____

-Otro (especifique)

Fecha (día/mes/año) __/__/____

Muerte materna

Fecha (día/mes/año) __/__/____

Causa de muerte:

Por favor, explique o adjunte información adicional (si aplica)

INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

Nombre y apellido:

Especialidad:

Teléfono:

Correo electrónico:

Consiente hacer seguimiento: Sí No

Complete y envíe este formulario a Farmacovigilancia de Varifarma: farmacovigilancia@varifarma.com.ar

EMULIMOD SE ENCUENTRA BAJO UN PLAN DE GESTIÓN DE RIESGOS.