

FORMULAIRE DE DECLARATION DE GROSSESSE

Utilisation réservée à Roche

Date de réception par Roche (jj-mm-aaaa) :	N° local :	AER :
Type de notification : Prospective <input type="checkbox"/>		Rétrospective <input type="checkbox"/>

1

INFORMATIONS SUR LE NOTIFICATEUR

Initiale

Suivi

Nom du notificateur :

Type : Médecin (*spécialité*) _____

Pharmacien Consommateur Autre (*préciser*) _____

Adresse : _____

Code postal _____ Ville : _____

N° tél. _____ N° télécopie _____

Adresse électronique : _____

2

DÉTAILS SUR LE PARENT EXPOSÉ

Qui a été exposé : Père Mère Initiales : _____ Date de naissance : _____

Taille : _____ (en cm) Âge lors de la conception : _____ (ans)

Poids : _____ (en kg) Code postal (*France uniquement*) _____

Autre (préciser) _____

3

INFORMATIONS CONCERNANT LE PRODUIT

(Indiquer tous les médicaments pertinents pris avant (jusqu'à 24 mois pour les femmes traitées par **Erivedge**[®]) et pendant la grossesse ; si c'est le père qui a été exposé, indiquer tous les médicaments pris avant la conception ou au cours des 2 mois qui suivent la dose finale de **Erivedge**[®])

Nom du produit (DCI/nom commercial)	Suspect	N° de lot	Avant conception	Durée d'exposition (× selon les besoins) Trimestre			Accouchement	Voie	Dose et formulation (mg, gélule, comprimé)
				1	2	3			
1.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Schéma posologique	Date de début (jj/mm/aaaa)	Date de fin (jj/mm/aaaa)	En cours	Indication
1.			<input type="checkbox"/>	
2.			<input type="checkbox"/>	
3.			<input type="checkbox"/>	
4.			<input type="checkbox"/>	
5.			<input type="checkbox"/>	

4

INFORMATIONS CONCERNANT LA GROSSESSE

Date des dernières règles : _____ Est. Date estimée d'accouchement : _____

Date de conception : _____ Est.

Date de réception par Roche (jj-mm-aaaa) :	N° local :	AER :
Type de notification :	Prospective <input type="checkbox"/>	Rétrospective <input type="checkbox"/>

5 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Contraception (plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Préservatif | <input type="checkbox"/> Diaphragme |
| <input type="checkbox"/> Stérilisation chirurgicale (homme) | <input type="checkbox"/> Stérilisation chirurgicale (femme) | <input type="checkbox"/> Médicament contraceptif |
| <input type="checkbox"/> Retrait | <input type="checkbox"/> Infertilité (homme) | <input type="checkbox"/> DIU |
| <input type="checkbox"/> Spermicide | <input type="checkbox"/> Rythme | <input type="checkbox"/> Infertilité (femme) |
| | | <input type="checkbox"/> Inconnue |

Nombre de précédent(e)s

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Grossesses <input type="text"/> | Avortements thérapeutiques <input type="text"/> | Fausse couches <input type="text"/> |
| Mortinatalités <input type="text"/> | Accouchements <input type="text"/> | Bébés nés avec une anomalie <input type="text"/> |

Facteurs de risque/antécédents médicaux

- | | | | | |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inconnu | <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Allergies* | <input type="checkbox"/> Diabète* | <input type="checkbox"/> Infection* |
| <input type="checkbox"/> Tabagisme | <input type="checkbox"/> Abus de drogue | | | |

Autre/antécédents pertinents (* préciser ci-dessous) :

Détails (préciser dates et issue le cas échéant) : _____

6 DEVENIR DE LA GROSSESSE

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> En cours | <input type="checkbox"/> Grossesse ectopique | <input type="checkbox"/> Fausse couche | <input type="checkbox"/> Inconnue |
| <input type="checkbox"/> Bébé né vivant | <input type="checkbox"/> Mort-né | <input type="checkbox"/> Avortement thérapeutique | <input type="checkbox"/> Perdu(e) de vue |

Indiquer date le cas échéant :

7 TESTS/PROCÉDURES DE LABORATOIRE PERTINENTS

AVANT ET APRÈS ISSUE (p. ex. amniocentèse, échographie)

Tests	Résultats Unités et valeurs normales le cas échéant	En cours	Avant/Après issue ?	Date (jj-mm-aaaa)
		<input type="checkbox"/>	Av. <input type="checkbox"/> Ap. <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Av. <input type="checkbox"/> Ap. <input type="checkbox"/>	

Détails supplémentaires :

8 DIAGNOSTIC DE NAISSANCE

Issue nourrisson/fœtus : _____

Nombre de nourrissons/fœtus _____ (si plusieurs nourrissons/fœtus, répondre aux sections 8-11 des informations concernant le nourrisson sur le formulaire séparé)

Normale Anormale (malformations/anomalies congénitales et autres événements pour le fœtus/bébé)

Préciser _____

Inconnu

Décès Date cause(s) : _____

Résultats de l'autopsie : _____

Date de réception par Roche (jj-mm-aaaa) :	N° local :	AER :
Type de notification :	Prospective <input type="checkbox"/>	Rétrospective <input type="checkbox"/>

9 INFORMATIONS CONCERNANT LE NOURRISSON

Sexe : Garçon Fille Poids : _____ Kg Taille : _____ Cm Périmètre crânien : _____ Cm

Âge gestationnel lors de l'accouchement/avortement/fausse couche (semaines)

Scores d'Appgar 1 minute 5 minutes 10 minutes

La grossesse ou son issue a-t-elle présenté des caractéristiques inhabituelles ? Oui Non

Si oui, préciser : _____

Examen de suivi de l'enfant Date :

Observations :

Nom du Pédiatre (si patient adressé) : _____

Adresse : _____

Code postal Ville : _____

N° tél.

Adresse électronique : _____

10 TESTS/PROCÉDURES EN LABORATOIRE PERTINENTS POUR LE BÉBÉ/FŒTUS

Tests	Résultats Unités et valeurs normales le cas échéant	En cours	Date
1.			
2.			
3.			
4.			

11 INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Utiliser le formulaire complémentaire facultatif si nécessaire

Date :

Signature du notificateur :

Pour plus d'informations sur la grossesse, contacter : (si différent du NOTIFICATEUR) _____

Adresse : _____

Code postal Ville : _____

N° tél.

Adresse électronique : _____

Si le formulaire est rempli par un délégué de Roche, vérifier que les données fournies sont conformes à l'opinion du notificateur

UTILISATION RÉSERVÉE À ROCHE

Date :

Signature :

NOM EN MAJUSCULES : _____

