



## Rapporteringsskjema for graviditet

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	
<b>1. Legemiddel</b>	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: _____ [ ]
<b>2. Legemiddel</b>	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: _____ [ ]
<b>3. Legemiddel</b>	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: _____



## Rapporteringskjema for graviditet

**Utfall av graviditet**

Beskrivelse av klinisk forløp og utfall av graviditeten

**I tilfelle andre bivirkninger – Årsakssammenheng -:**

Rapportør (f.eks. lege)

**Alvorlig/ikke-alvorlig** alvorlig  ikke-alvorligÅrsak:  fatal  
 livstruende  
 permanent uførhet  
 malignitet  
 medfødt misdannelse  
 forlenget sykehusopphold  
 sykehusinnleggelse**Alvorlighetsgrad** mild  moderat  alvorlig**Årsakssammenheng med legemidlet** sikker  usannsynlig  
 sannsynlig  ingen sammenheng  
 mulig  ikke evaluerbar  
 ikke evaluert

Kommentarer

Signatur/dato

**Vennligst fyll ut tilleggsskjema for bivirkninger under graviditet for denne pasienten**