

Aptauja pacientam par ziņošanu saistībā ar mikofenolskābes nātrija sāls (Myfortic) ietekmi grūtniecības laikā

Zāļu nosaukums: Myfortic

Aizpilda Novartis

Globālā

blakusparādība:

Vietējā gadījuma nr.:

SVARĪGI

Ja Jūs vēl neesat sazinājies ar savu ārstu par ziņoto grūtniecību, lūdzu dariet to nekavējoties!

Pēc Jūsu nesenā ziņojuma par Jūsu vai Jūsu partneres grūtniecību mēs vēlamies lūgt Jūs aizpildīt šo īso aptauju. Aptaujas aizpildīšana neietekmēs ārstēšanu, ko Jūs saņemat no ārsta. Jūsu sniegtā informācija ir konfidenciāla un nekas, kas var Jūs identificēt, netiks saglabāts. Jūsu sniegtā informācija palīdzēs pārlicināties, ka Myfortic (mikofenolskābes nātrija sāls) tiek lietots pēc iespējas drošāk.

Lūdzu atbildiet uz visiem jautājumiem un nosūtiet atpakaļ uz:

drugsafety.latvia@novartis.com

vai pa pastu uz:

Novartis Pharma Services Inc.,

Ropažu iela 10,

Rīga, LV-1039,

Tel: +371 67887070,

Fakss: +371 67887077

Nosūtot atpakaļ šo aptauju, Jūs piekrītat, ka Novartis var ievadīt jūsu sniegto informāciju, kura ir anonīma, datorizētā datu bāzē. Pateicamies par veltīto laiku šīs aptaujas aizpildīšanai!

1. Informācija par Jums

Jūs esat vīrietis vai sieviete?

Vīrietis

Sieviete

Vai šī grūtniecība bija plānota?

Jā

Nē

Kad Jūs uzsākat ārstēšanu ar Myfortic?

Datums: _____

Neatceros

2. Informācija, kuru saņēmat pirms Myfortic (mikofenolskābes nātrija sāls) lietošanas uzsākšanas

a. Vai Jūs saņēmat Myfortic
Norādījumi pacientam par risku
nedzimušajam bērnam?

Jā

Nē

Neatceros

b. Tikai sievietēm: Vai Jums ieteica izvairīties no grūtniecības iestāšanās ārstēšanās ar mikofenolātu laikā un līdz sešas nedēļas ilgi pēc mikofenolāta lietošanas pārtraukšanas?	<input type="checkbox"/> Jā	<input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Neatceros
c. Tikai vīriešiem: Vai Jums ieteica neklūt par tēvu ārstēšanās ar mikofenolātu laikā un 90 dienas pēc mikofenolāta lietošanas pārtraukšanas?	<input type="checkbox"/> Jā	<input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Neatceros
d. Vai Jūs saņēmt informāciju par to, kādu kontracepciju Jums vajadzētu lietot?	<input type="checkbox"/> Jā	<input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Neatceros
e. Ja Jūs atbildējāt ar "Jā" uz jautājumiem a, b, c vai d, kurš Jums šo informāciju sniedza? (lūdzu atzīmējiet visu, kas atbilst)	<input type="checkbox"/> Ārsts, kurš nozīmēja Myfortic <input type="checkbox"/> Ginekologs <input type="checkbox"/> Konsultants par kontracepciju, ģimenes plānošanas speciālists, medmāsa, farmaceits <input type="checkbox"/> Cits (lūdzu norādiet) <hr/> <input type="checkbox"/> Neatceros		

3. Informācija par grūtniecības testiem un kontracepciju (dzimstības kontrole)

a. Tikai sievietēm: Vai Jums bija negatīvi grūtniecības testi pirms Myfortic lietošanas uzsākšanas?	<input type="checkbox"/> Jā, viens negatīvs tests <input type="checkbox"/> Jā, divi negatīvi testi <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Neatceros
b. Vai Jūs vienlaikus izmantojāt divas efektīvas kontracepcijas metodes mikofenolāta lietošanas laikā un sešas nedēļas ilgi (sievietēm) vai 90 dienas (vīriešiem) pēc mikofenolāta lietošanas pārtraukšanas?	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Neatceros
c. Ja Jūs lietojāt kontracepciju, kāda veida kontracepcijas līdzeklis tas bija? Lūdzu atzīmējiet visu, kas atbilst.	<input type="checkbox"/> Intrauterinā ierīce vai spirāle (IUS) <input type="checkbox"/> Hormonālā (Progestīna) IUS <input type="checkbox"/> Hormonālā kontracepcija

	<p>(hormonālās tabletes, hormonālie plāksteri, injekcijas vai implanti)</p> <input type="checkbox"/> Sterilizācija (sterilizācija, vazektomija, histerektomija)
	<input type="checkbox"/> Prezervatīvs ar spermicīdu
	<input type="checkbox"/> Prezervatīvs bez spermicīda
	<input type="checkbox"/> Diafragma ar spermicīdu
	<input type="checkbox"/> Diafragma bez spermicīda
	<input type="checkbox"/> Atturēšanās no dzimumattiecībām
	<input type="checkbox"/> Dzemdes uzstāšana vai diafragma
	<input type="checkbox"/> Sūklis
	<input type="checkbox"/> Pārtrauktais dzimumakts
	<input type="checkbox"/> Cits (lūdzu norādiet) _____

4. Informācija par dzimumattiecībām bez efektīvas kontracepcijas lietošanas (dzimstības kontrole)

<p>a. Vai Jums vai Jūsu partnerim ir bijušas dzimumattiecības bez kontracepcijas lietošanas jebkurā mikofenolāta lietošanas laikā un sešas nedēļas ilgi (sievietes) vai 90 dienas (vīrieši) pēc mikofenolāta lietošanas pārtraukšanas?</p>	<input type="checkbox"/> Jā – lūdzu atbildiet uz 5. jautājumu <input type="checkbox"/> Nē – lūdzu izlaidiet 5. jautājumu
--	---

5. Iemesls, kāpēc kontracepcija (dzimstības kontrole) netika lietota vai nebija efektīva

<p>a. Lūdzu atzīmējiet visu, kas atbilst</p>	<input type="checkbox"/> Aizmirsu lietot kontracepcijas līdzekļus
	<input type="checkbox"/> Kontracepcijas līdzekļi bija lietoti, taču nebija efektīvi (piemēram, plīsis prezervatīvs)
	<input type="checkbox"/> Pārtraucu lietot kontracepcijas līdzekļus. Lūdzu paskaidrojiet, kāpēc _____
	<input type="checkbox"/> Nezināju, ka ir jālieto kontracepcijas līdzekļi
	<input type="checkbox"/> Cits (lūdzu norādiet) _____

Paldies, ka aizpildījāt aptauju!

Aizpildīja:			
Tikai iniciāļi:		Datums:	



Novartis Pharma Services Inc.
Ropažu iela 10, 3.stāvs, Rīga, LV 1039
Tālrs.: 67 887 070; fakss: 67887077
Saskaņots ZVA 05.02.2016.

MYF PQ 01/B11603448300/LV 022016

The myfortic logo features the brand name "myfortic" in a blue, lowercase, sans-serif font, with a registered trademark symbol. To the right is a stylized orange and blue graphic element resembling a curved arrow or a flame. Below the logo, the text "mikofenolskābes zarnās šķīstošā tablete" is written in a smaller, blue, lowercase font.

myfortic[®]
mikofenolskābes zarnās šķīstošā tablete