

Aptauja veselības aprūpes speciālistam par ziņošanu saistībā ar mikofenolskābes nātrija sāls (Myfortic) ietekmi grūtniecības laikā

Zāļu nosaukums: Myfortic

Aizpilda Novartis

Globālā
blakusparādība:

Vietējā gadījuma nr.:

Jūs nesēn ziņojāt par grūtniecības iestāšanos pacientei vai sievietei, kura ir dzimumpartnerē pacientam, kurš lieto Myfortic (acidum mycofenolicum). Lūdzu aizpildiet šo aptauju! Jūsu sniegtā informācija palīdzēs uzraudzīt un mazināt zināmos grūtniecības riskus, kas saistīti ar Myfortic lietošanu.

Šis aptaujas aizpildīšana ir pilnībā brīvprātīga un tā neaizņems vairāk kā 10 minūtes no Jūsu laika. Lūdzu aizpildiet formu un nosūtiet atpakaļ uz:

drugsafety.latvia@novartis.com

vai

Novartis Pharma Services Inc.,

Ropažu iela 10,

Rīga, LV-1039,

Tel: +371 67887070,

Fakss: +371 67887077

Paldies, ka aizpildījāt aptauju!

1. Informācija par izglītojošo materiālu saņemšanu

a. Vai Jūs saņēmt Myfortic *Norādījumi veselības aprūpes speciālistiem* par mikofenolāta teratogenitātes risku?

- Jā
 Nē
 Neatceros

b. Vai Jūs izlasījāt Myfortic *Norādījumi veselības aprūpes speciālistiem* par mikofenolāta teratogenitātes risku?

- Jā
 Nē
 Neatceros

2. Informācija par pacientu konsultēšanu

a. Vai Jūs informējāt pacientu par spontāna aborta/iedzimtiem defektiem, kas saistīti ar šīm zālēm?

- Jā
 Nē
 Neatceros

b. Vai Jūs nodrošinājāt pacientu ar Myfortic <i>Norādījumi pacientam</i> par risku nedzimušajam bērnam?	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Neatceros
c. Vai Jūs ieteicāt pacientam izvairīties no grūtniecības iestāšanās/nekļūt par tēvu ārstēšanās ar mikofenolātu laikā un līdz sešas nedēļas ilgi (sievietēm) vai 90 dienas (vīriešiem) pēc mikofenolāta lietošanas pārtraukšanas?	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Neatceros
d. Vai Jūs ieteicāt pacientam vienlaikus izmantot 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
e. Vai Jūs ieteicāt pacientam nekavējoties konsultēties ar Jums, ja rodas aizdomas par grūtniecības iestāšanos 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

3. Informācija par pacienta nolūkiem saistībā ar grūtniecības iestāšanos

a. Vai pacients Jums ir stāstījis par nolūku radīt bērnu mikofenolāta lietošanas laikā?	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Neatceros
b. Ja atbilde uz iepriekšējo jautājumu ir "Jā", kāpēc Jūs izlēmāt turpināt pacienta ārstēšanu ar mikofenolātu?	<input type="checkbox"/> Lūdzu norādiet: _____ <input type="checkbox"/> Neatceros
c. Vai pacients ir stāstījis par dzimumattiecībām bez kontracepcijas lietošanas <u>iebkurā</u> mikofenolāta lietošanas laikā un sešas nedēļas ilgi (sievietes) vai 90 dienas (vīrieši) pēc mikofenolāta lietošanas pārtraukšanas?	<input type="checkbox"/> Jā – lūdzu atbildiet arī uz 4.jautājumu <input type="checkbox"/> Nē – izlaidiet 4.jautājumu <input type="checkbox"/> Nezinu

4. Neveiksmīgas kontracepcijas iemesls (tikai, ja atbilde uz 3c jautājumu ir "Jā")

a. Vai pacients Jums stāstīja, kāpēc viņam/viņai bija dzimumattiecības bez kontracepcijas lietošanas mikofenolāta lietošanas laikā?	<input type="checkbox"/> Pacients aizmirs lietot kontracepcijas līdzekļus <input type="checkbox"/> Pacients izlēma nelietot kontracepcijas līdzekļus, jo:
---	--

	<input type="checkbox"/> Nesaprata mikofenolāta riskus <input type="checkbox"/> Vēlējās bērnu <input type="checkbox"/> Partneris nepiekrita kontracepcijas līdzekļu lietošanai <input type="checkbox"/> Kontracepcijas līdzekļu blakusparādību dēļ <input type="checkbox"/> Veselības apsvērumu dēļ <input type="checkbox"/> Nemācēja tos lietot <input type="checkbox"/> Cits (Lūdzu norādiet): _____ _____ <input type="checkbox"/> Kontracepcijas līdzekļi bija lietoti, taču nebija efektīvi (piemēram, plīsis prezervatīvs). Lūdzu norādiet: _____ _____ <input type="checkbox"/> Pacients nepaskaidroja, kāpēc nelietoja kontracepcijas līdzekļus
--	--

Paldies, ka aizpildījāt aptauju!

Aizpildīja:			
Vārds:			
Paraksts:		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 HCPQ 01/B11603448302/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 flame or a drop. Below the logo, the text "mikofenolskābes zarnās šķīstošā tablete" is written in a smaller, blue, lowercase font.

myfortic[®]
mikofenolskābes zarnās šķīstošā tablete