

 Odomzo - Formulaire de déclaration de grossesse (renvoyer à info.france@sunpharma.com et drugsafetyeurope@sunpharma.com ou fax : 01.41.44.44.90)		
Date de premier contact :	Local N° :	Argus N° :
Date de réception :		
Type de rapport:	Prospectif <input type="checkbox"/>	Rétrospectif <input type="checkbox"/>
	Initial <input type="checkbox"/>	Suivi (N°) <input type="checkbox"/>

grossesse molaire <input type="checkbox"/>	
Autre (préciser) <input type="checkbox"/>	
Complication(s) de(s) grossesse(s) antérieure(s)	
Anomalie(s) fœtale(s) ou néonatale(s) antérieures(s):	
Antécédents médicaux de la mère	
Situations à risque rencontrées, y compris environnemental et professionnel :	<input type="checkbox"/> Hypertension - <input type="checkbox"/> Diabète - <input type="checkbox"/> Troubles épileptiques - <input type="checkbox"/> Troubles de la thyroïde - <input type="checkbox"/> Asthme - <input type="checkbox"/> Allergies - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques - <input type="checkbox"/> Dépression ou autres troubles <input type="checkbox"/> psychiatriques - <input type="checkbox"/> Maladies sexuellement transmissibles <input type="checkbox"/> Hépatite - <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Autre : Précisez
Contraception (Plusieurs choix possibles)	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Préservatif <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contraception hormonale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stérilisation féminine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stérilisation masculine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diaphragme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infertilité (Homme) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abstinence périodique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infertilité (Femme) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spermicide <input type="checkbox"/>
Grossesse actuelle	
Date des dernières règles (DDR):	
Age gestationnel (au moment de la prise de contact avec le laboratoire pharmaceutique):	
Age calculé par :	<input type="checkbox"/> échographie ou <input type="checkbox"/> DDR

 Odomzo - Formulaire de déclaration de grossesse (renvoyer à info.france@sunpharma.com et drugsafetyeurope@sunpharma.com ou fax : 01.41.44.44.90)		
Date de premier contact :	Local N° :	Argus N° :
Date de réception :		
Type de rapport:	Prospectif <input type="checkbox"/>	Rétrospectif <input type="checkbox"/>
	Initial <input type="checkbox"/>	Suivi (N°) <input type="checkbox"/>

Age gestationnel lors de l'exposition au médicament: (de préférence calculé par échographie en semaine(s) + jour(s))						
Accouchement prévu le :						
Nombre de fœtus :						
Traitement pour l'infertilité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :						
Médicament suspectés: [Mentionner tous les médicaments pris avant (jusqu'à 20 mois pour les femmes traités par Odomzo) et pendant la grossesse ou en cas d'exposition paternelle mentionner tous les médicaments pris avant la conception et jusqu'à 6 mois après la dernière prise d'Odomzo]						
Nom de la spécialité	Posologie	Voie d'administration	Date de début	Date de fin	Indication	Exposition
						Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/>
						Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/>
						Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/>
						Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/>
						Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/>
						Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/>
Exposition à des médicaments avec ou sans prescription médicale dont les suppléments (tels que l'acide folique et les vitamines) :						
Nom de la spécialité	Posologie	Voie d'administration	Date de début	Date de fin	Indication	
Autres expositions tels - tabac, alcool, substances illicites. (Préciser les quantités prises et si arrêt pendant la grossesse)						
Résultats des tests sérologiques (Rubéole, Toxoplasmose, autre)						

 Odomzo - Formulaire de déclaration de grossesse (renvoyer à info.france@sunpharma.com et drugsafetyeurope@sunpharma.com ou fax : 01.41.44.44.90)		
Date de premier contact :	Local N° :	Argus N° :
Date de réception :		
Type de rapport:	Prospectif <input type="checkbox"/>	Rétrospectif <input type="checkbox"/>
	Initial <input type="checkbox"/>	Suivi (N°) <input type="checkbox"/>

Complications durant la grossesse (incluant tout effet indésirable) et date de survenue															
Diagnostics prénataux (Préciser date et résultats) – Echographie, sérologie, amniocentèse, autre.															
Accouchement															
Date de l'accouchement :															
Accouchement :	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Provoqué <input type="checkbox"/> Césarienne														
Complications au moment de l'accouchement :	Souffrance fœtale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Aiguë Liquide amniotique : <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Teinté Placenta anormal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non														
C. INFORMATIONS SUR LE PERE (en cas d'exposition paternelle)															
Initiales															
Date de naissance ou âge															
Age lors de la conception															
Poids															
Taille															
Antécédents médicaux															
D. INFORMATION NEONATALE															
Issue de la grossesse :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> naissance vivante</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> fausse couche</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> interruption volontaire grossesse</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> mort fœtale in-utéro tardive</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> grossesse extra-utérine</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> grossesse molaire</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Date	<input type="checkbox"/> naissance vivante		<input type="checkbox"/> fausse couche		<input type="checkbox"/> interruption volontaire grossesse		<input type="checkbox"/> mort fœtale in-utéro tardive		<input type="checkbox"/> grossesse extra-utérine		<input type="checkbox"/> grossesse molaire	
	Date														
<input type="checkbox"/> naissance vivante															
<input type="checkbox"/> fausse couche															
<input type="checkbox"/> interruption volontaire grossesse															
<input type="checkbox"/> mort fœtale in-utéro tardive															
<input type="checkbox"/> grossesse extra-utérine															
<input type="checkbox"/> grossesse molaire															
Date de naissance															
Age gestationnel à la naissance															
Sexe															
A la naissance :	Poids (en kg) :														