



Formulaire D'exposition à la Grossesse pour les Professionnels de la Santé

Ce questionnaire vise à assurer le suivi de toutes les issues de la grossesse et des nourrissons nés jusqu'à l'âge d'un (1) an pour votre patiente et/ou partenaire de patiente.

FORMULAIRE D'EXPOSITION À LA GROSSESSE POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	
COORDONNÉES DE MINT PHARMACEUTICALS: Téléphone: +1 877-398-9696 Fax: +1 866-514-8446 Messagerie électronique: drugsafety@mintpharmaceuticals.com	POUR USAGE MINT SEULEMENT: Cas de référence n°: Date de reception: _____ (AAAA-MM-JJ)
Informations du rapporteur	
1. Nom du rapporteur	
2. Qualification du rapporteur: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Médecin<input type="radio"/> Pharmacien<input type="radio"/> Autres professionnels de la santé _____	
3. Coordonnées Messagerie électronique: _____ Téléphone: _____ Adresse: _____	
4. Type de rapport <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Initial: _____ (AAAA-MM-JJ)<input type="radio"/> Suivi:<input type="radio"/> Premier trimestre: _____ (AAAA-MM-JJ)<input type="radio"/> Deuxième trimestre _____ (AAAA-MM-JJ)<input type="radio"/> Troisième trimestre _____ (AAAA-MM-JJ)<input type="radio"/> Enfant _____ (AAAA-MM-JJ)	
Informations sur le parent exposé	
1. Qui a été exposé: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Mère<input type="radio"/> Père	
2. Nom:	
3. Âge:	

<p>4. Antécédents de votre grossesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de grossesses dans le passé: • Nombre de naissances vivantes: • Méthodes contraceptives utilisées: 																																		
<p>5. Antécédents médicaux pertinents/facteur de risqué (ex: tabagisme et consommation d'alcool, dysfonction hépatique/rénale, etc.)</p>																																		
<p>MINT-APREMILAST Renseignements sur la thérapie</p>																																		
<p>1. Posologie de l'apremilast</p>																																		
<p>2. Médicaments/traitements/suppléments concomitants:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nom du produit:</th> <th style="width: 25%;">Dosage:</th> <th style="width: 25%;">Date de commencer: (AAAA-MM-JJ)</th> <th style="width: 25%;">Date de fin: (AAAA-MM-JJ)</th> <th style="width: 20%;">Indication d'utilisation:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					Nom du produit:	Dosage:	Date de commencer: (AAAA-MM-JJ)	Date de fin: (AAAA-MM-JJ)	Indication d'utilisation:																									
Nom du produit:	Dosage:	Date de commencer: (AAAA-MM-JJ)	Date de fin: (AAAA-MM-JJ)	Indication d'utilisation:																														
<p>3. Âge gestationnel à la dernière dose:</p>																																		
<p>4. Durée du traitement:</p>																																		
<p>Informations sur la grossesse</p>																																		
<p>1. Date de naissance estimée</p>																																		
<p>2. Tests prénataux effectués sur la mère/le fœtus :</p>																																		
<p>3. Suivi trimestriel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Deuxième <input type="radio"/> Troisième 																																		
<p>4. Observations/effets indésirables:</p>																																		
<p>5. Date de naissance réelle: _____</p>																																		

6. Résultat de la grossesse:

- Toujours en cours
- Grossesse extra-utérine
- Avortement spontané
- Inconnu
- Naissance vivante
- Mortinaissance
- Cessation volontaire
- Avortement thérapeutique
- Césarienne
- Induit

Date, le cas échéant (AAAA-MM-JJ):

7. Âge gestationnel au moment du résultat

8. Poids à la naissance

9. Résultat fœtal:

- Normal
- Anormal (s'il s'agit de malformations congénitales/d'anomalies congénitales et d'autres événements vécus par le fœtus/bébé)
- Si oui, quoi _____
- Inconnu

10. Suivi du enfant

- Naissance
- À 6 mois
- À 1 an

Anomalies diagnostiquées:

Évaluation développementale:

Informations médicales pertinentes:

11. Informations supplémentaires ou commentaires:

Signature:

Date: (AAAA-MM-JJ)

Pour utilisation de MINT:

Date (AAAA-MM-JJ)

Signature:

Nom écrit: