

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: ☐ Médecin ☐ Pharmacien ☐ Autres professionnels de la santé _____	
3. Coordonnées Messagerie électronique: _____ Téléphone: _____ Adresse: _____	
4. Type de rapport ☐ Initial: _____ (AAAA-MM-JJ) ☐ Suivi: ☐ Premier trimestre: _____ (AAAA-MM-JJ) ☐ Deuxième trimestre: _____ (AAAA-MM-JJ) ☐ Troisième trimestre: _____ (AAAA-MM-JJ) ☐ Enfant: _____ (AAAA-MM-JJ)	
Informations sur le parent exposé	
1. Qui a été exposé: ☐ Mère ☐ Père	
2. Nom:	
3. Âge:	

4. Antécédents de votre grossesse: - Nombre de grossesses dans le passé: - Nombre de naissances vivantes: - Méthodes contraceptives utilisées:				
5. Antécédents médicaux pertinents/facteur de risqué (ex: tabagisme et consommation d'alcool, dysfonction hépatique/rénale, etc.)				
MINT-APREMILAST Renseignements sur la thérapie				
1. Posologie de l'apremilast				
2. Médicaments/traitements/suppléments concomitants:				
Nom du produit:	Dosage:	Date de commencer: (AAAA-MM-JJ)	Date de fin: (AAAA-MM-JJ)	Indication d'utilisation:
3. Âge gestationnel à la dernière dose:				
4. Durée du traitement:				
Informations sur la grossesse				
1. Date de naissance estimée				
2. Tests prénataux effectués sur la mère/le fœtus :				
3. Suivi trimestriel: - Premier - Deuxième - Troisième				
4. Observations/effets indésirables:				
5. Date de naissance réelle: _____				

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: Signature: Nom écrit:	Date (AAAA-MM-JJ)