

PROCEDIMIENTOS GENERALES			
DIRECCIÓN TÉCNICA- FARMACOVIGILANCIA			
RPG 1010.07.06		Registro de notificación de embarazo LEDANE	
Vigencia desde el	Vigencia hasta el	Versión	Página
28-01-23	28-01-27	10.1	1 de 2

INFORMACIÓN Y MEDICACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA					
País: Argentina Provincia:			Distrito/ Ciudad:		
Motivo de indicación	Vía de administración <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro (especifique cuál)	Fecha de inicio del tratamiento día mes año ____/____/____	Iniciales del paciente: _____	Altura (m)	Peso (kg)
		Fecha de fin del tratamiento día mes año ____/____/____	Fecha de nacimiento día mes año ____/____/____		
Edad (años): _____					
INFORMACIÓN DEL EMBARAZO					
Tipo de notificación	Fecha diagnóstico embarazo	Fecha aproximada embarazo	Fecha estimada de parto		
<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Seguimiento	día / mes / año ____/____/____	día/ mes/ año ____/____/____	día / mes/ año ____/____/____		
Riesgos del embarazo					
<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Otros (especificar, a continuación)			
Descripción del curso actual del embarazo (ecografía fetal, amniocentesis, valores de laboratorio, etc.) Adjunte documentación si es necesario.					
Descripción del curso del parto (ecografía fetal, etc.)					
<input type="checkbox"/> Parto vaginal	<input type="checkbox"/> Cirugía vaginal en el parto		<input type="checkbox"/> Cesárea		
Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)					
<input type="checkbox"/> No se conoce información al respecto					
Información adicional (p.ej.: indicar medicación concomitante, historia clínica, duración del embarazo, embarazo ectópico, etc.) Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)					

PROCEDIMIENTOS GENERALES			
DIRECCIÓN TÉCNICA- FARMACOVIGILANCIA			
RPG 1010.07.06		Registro de notificación de embarazo LEDANE	
Vigencia desde el	Vigencia hasta el	Versión	Página
28-01-23	28-01-27	10.1	2 de 2

INFORMACION DEL DESCENLACE DEL EMBARAZO	
-Nacimiento con vida: Niño(s) sano(s) <input type="checkbox"/> Duración del embarazo (semanas) _____ Por cada niño, especifique: Número de niños que nacieron _____ Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso al nacer (kg) _____ Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso al nacer (kg) _____ Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso al nacer (kg) _____ Anomalía Congénita <input type="checkbox"/> Especifique tipo/s: Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica) Muerte Neonatal Fecha: __/__/____ Especifique causa: <input type="checkbox"/> Port favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)	
-Aborto espontáneo (menos de 20 semanas de embarazo) <input type="checkbox"/> Fecha: __/__/____ -Muerte fetal prematura (entre 20 y 27 semanas de embarazo) <input type="checkbox"/> Fecha: __/__/____ -Muerte fetal tardía (más de 28 semanas de embarazo) <input type="checkbox"/> Fecha: __/__/____ -Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Fecha: __/__/____	
Muerte materna <input type="checkbox"/> Fecha: __/__/____ Causa de muerte: Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)	
INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR	
Nombre y Apellidos: _____ Especialidad: _____ Dirección Profesional: _____ Código Postal _____ Fax o Teléfono: (____) _____ Consiente hacer seguimiento (Sí/No): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<p align="center">COMPLETE Y ENVIE ESTE FORMULARIO AL DEPTO DE FARMACOVIGILANCIA DE LABORATORIO ECZANE PHARMA S.A. POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDIOS, EN FORMA INMEDIATA: -E-mail: dt@eczane.com.ar</p> <p align="center">CONTACTE AL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA- -Tel: (5411) 4222 3494 de 08-17h RECUERDE QUE ESTE MEDICAMENTO SE ENCUENTRA BAJO UN PLAN DE GESTION DE RIESGOS</p>	