 <b>Odomzo - Formulaire de déclaration de grossesse</b> Signalez tout cas d'exposition pendant la grossesse (qu'elle qu'en soit l'issue) à votre Centre Régional de Pharmacovigilance <a href="https://signalement.social-sante.gouv.fr">https://signalement.social-sante.gouv.fr</a> ou en renvoyant ce formulaire complété au laboratoire Sun Pharma France via l'adresse <a href="mailto:Aff.Pharma@sunpharma.com">Aff.Pharma@sunpharma.com</a> .		
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"/> Maladies cardiaques - <input type="checkbox"/> Dépression ou autres troubles psychiatriques - <input type="checkbox"/> Maladies sexuellement transmissibles - <input type="checkbox"/> Hépatite - <input type="checkbox"/> SIDA  <input type="checkbox"/> Autre : Précisez
---	--

<b>Contraception</b> (Plusieurs choix possibles)	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Préservatif <input type="checkbox"/> Contraception hormona <input type="checkbox"/> Stérilisation féminine <input type="checkbox"/> Stérilisation masculine <input type="checkbox"/> Diaphragme <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/> Infertilité (Homme) <input type="checkbox"/> Abstinence périodique <input type="checkbox"/> Infertilité (Femme) <input type="checkbox"/> Spermicide
--	---

**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

 <b>Odomzo - Formulaire de déclaration de grossesse</b> Signalez tout cas d'exposition pendant la grossesse (qu'elle qu'en soit l'issue) à votre Centre Régional de Pharmacovigilance <a href="https://signalement.social-sante.gouv.fr">https://signalement.social-sante.gouv.fr</a> ou en renvoyant ce formulaire complété au laboratoire Sun Pharma France via l'adresse <a href="mailto:Aff.Pharma@sunpharma.com">Aff.Pharma@sunpharma.com</a> .		
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"/>
						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)

 <b>Odomzo - Formulaire de déclaration de grossesse</b> Signalez tout cas d'exposition pendant la grossesse (qu'elle qu'en soit l'issue) à votre Centre Régional de Pharmacovigilance <a href="https://signalement.social-sante.gouv.fr">https://signalement.social-sante.gouv.fr</a> ou en renvoyant ce formulaire complété au laboratoire Sun Pharma France via l'adresse <a href="mailto:Aff.Pharma@sunpharma.com">Aff.Pharma@sunpharma.com</a> .		
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 :		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) :