


| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--------------------------|-------------------------------------|--|--|---|--|--|--|---|-----|------|--|
|  | | RO-GNE: MICOFENOLATO DE MOFETIL (CELLCEPT®) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Questionário de Gravidez de seguimento (Formulário de Notificação de Gravidez) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APENAS PARA USO ROCHE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de receção pela Roche (dd-MMM-aaaa): | | | | | | Ref. Local: | | | | MCN: | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de notificação: | | | | | | Prospetiva <input type="checkbox"/> | | | | Retrospectiva <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. INFORMAÇÃO DO NOTIFICADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | Inicial <input type="checkbox"/> | | Seguimento <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Nome do Notificador: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo: | | <input type="checkbox"/> Médico (Especialidade) _____ <input type="checkbox"/> Farmacêutico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Consumidor _____ <input type="checkbox"/> Outro (Especificar) _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Morada de Contacto: | | | | | | Número de Telefone: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Número de Fax: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Código Postal: | | | | E-mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. DETALHES DO PROGENITOR EXPOSTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quem foi exposto: | | Pai <input type="checkbox"/> | | Mãe <input type="checkbox"/> | | Iniciais: | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | Data de Nascimento: | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>dd</td><td>MMM</td><td colspan="2">aaaa</td></tr></table> | | | | | | dd | MMM | aaaa | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dd | MMM | aaaa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Altura: | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | inch <input type="checkbox"/> | | cm <input type="checkbox"/> | | Idade na Conceção: | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Peso: | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | lb <input type="checkbox"/> | | kg <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Origem Étnica: Negra <input type="checkbox"/> Caucasiana <input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> (Especificar): _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Inclua toda a medicação relevante, Roche ou Não-Roche, utilizada antes e durante a gravidez ou no caso de ser exposição paterna, inclua a medicação utilizada apenas antes da concepção) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Medicamento (Genérico/Marca) | | Suspeito | | Lote # | | Tempo de Exposição (x como apropriado) | | | | Via de administração | | Dosagem e Formulação (25mg, cap, comp) | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Pré concepção | | Trimestre | | Parto | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 1 2 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Secção 1-9 e Secção 12 para Informação da Gravidez e Parental
Secção 9-11 apenas para Informação do Lactente/Feto, quando aplicável

| RO-GNE: MICOFENOLATO DE MOFETIL (CELLCEPT®) Questionário de Gravidez de seguimento (Formulário de Notificação de Gravidez) | | | | | |
|---|----------------------------------|--|---|----------------------------------|--|
| APENAS PARA USO ROCHE | | | | | |
| Data de receção pela Roche (dd-MMM-aaaa): | | | Ref. Local: | | MCN: |
| Tipo de notificação: | | | Prospetiva <input type="checkbox"/> | | Retrospectiva <input type="checkbox"/> |
| Dosagem | Data de Início | Data de Fim | Em utilização | Indicação para utilização | |
| Posologia | (dd-MMM-aaaa) | (dd-MMM-aaaa) | | | |
| 1. | | | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. | | | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. | | | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. | | | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. | | | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. INFORMAÇÃO DA GRAVIDEZ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Data da Última Menstruação: </p> <p style="text-align: center; font-size: small;">dd MMM aaaa</p> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <p>Est <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Data estimada para o parto: </p> <p style="text-align: center; font-size: small;">dd MMM aaaa</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Data de Concepção: </p> <p style="text-align: center; font-size: small;">dd MMM aaaa</p> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <p>Est <input type="checkbox"/></p> </div> </div> | | | | | |
| 5. HISTÓRIA MÉDICA Número de ocorrências anteriores | | | | | |
| Gravidez | <div></div> | Aborto Terapêutico | <div></div> | Aborto Espontâneo | <div></div> |
| Nado morto | <div></div> | Parto | <div></div> | Bebés nascidos com malformações | <div></div> |
| Factores de Risco/História Médica | | | | | |
| Desconhecidos <input type="checkbox"/> | Álcool <input type="checkbox"/> | Alergias* <input type="checkbox"/> | Diabetes* <input type="checkbox"/> | | |
| Infeção* <input type="checkbox"/> | Fumador <input type="checkbox"/> | Abuso de drogas <input type="checkbox"/> | História relevante/Outro (*especificar abaixo) <input type="checkbox"/> | | |
| Detalhes: (incluir datas & Evolução, como aplicável) _____ | | | | | |

Completar:

Secção 1-9 e Secção 12 para Informação da Gravidez e Parental

Secção 9-11 apenas para Informação do Lactente/Feto, quando aplicável

| RO-GNE: MICOFENOLATO DE MOFETIL (CELLCEPT®) | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|----|-----|------|------|
| Questionário de Gravidez de seguimento (Formulário de Notificação de Gravidez) | | | | | | | | | |
| APENAS PARA USO ROCHE | | | | | | | | | |
| Data de receção da Roche (dd-MMM-aaaa): | Ref. Local: | MCN: | | | | | | | |
| Tipo de notificação: | Prospetiva <input type="checkbox"/> | Retrospectiva <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 6. CONTRACEÇÃO | | | | | | | | | |
| Teste de gravidez negativo obtido antes do início do tratamento Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Data do teste de gravidez negativo: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">dd</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">MMM</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">aaaa</td></tr></table> | | | | | | dd | MMM | aaaa | |
| | | | | | | | | | |
| dd | MMM | aaaa | | | | | | | |
| O doente estava a fazer contraceção no início do tratamento com Cellcept®? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Se sim, escolha todos os que se aplicarem: | | | | | | | | | |
| Preservativo <input type="checkbox"/> | Contraceptivo oral <input type="checkbox"/> | Esterilização cirúrgica (Homem) <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Esterilização cirúrgica (Mulher) <input type="checkbox"/> | Diafragma <input type="checkbox"/> | DIU <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Abstinência <input type="checkbox"/> | Método do calendário <input type="checkbox"/> | Infertilidade (Homem) <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Infertilidade (Mulher) <input type="checkbox"/> | Espermicida <input type="checkbox"/> | Desconhecido <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| O doente estava a fazer contraceção durante o tratamento com Cellcept®? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Alguma alteração no método? <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | |
| O doente fez contraceção durante 6 semanas após a descontinuação de Cellcept® (mulher) e durante 90 dias (homens) ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Alguma alteração no método? <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | |
| Detalhe a falha na contraceção durante/após a terapêutica com Cellcept® <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | |
| 7. EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ | | | | | | | | | |
| A decorrer <input type="checkbox"/> | Nado vivo <input type="checkbox"/> | Aborto espontâneo <input type="checkbox"/> | Desconhecido <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Gravidez Ectópica <input type="checkbox"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> | Aborto terapêutico <input type="checkbox"/> | Perdido para seguimento <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Data, se aplicável: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">dd</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">MMM</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">aaaa</td></tr></table> | | | | | | | dd | MMM | aaaa |
| | | | | | | | | | |
| dd | MMM | aaaa | | | | | | | |

Completar:

Página 3 de 7

Secção 1-9 e Secção 12 para Informação da Gravidez e Parental

Secção 9-11 apenas para Informação do Lactente/Feto, quando aplicável

| RO-GNE: MICOFENOLATO DE MOFETIL (CELLCEPT®) Questionário de Gravidez de seguimento (Formulário de Notificação de Gravidez) | | | | | | | | | |
|--|---|---|--------------------------|--|--|---|---|---|--|
| APENAS PARA USO ROCHE | | | | | | | | | |
| Data de receção pela Rochee (dd-MMM-aaaa): | | | | Ref. Local: | | | MCN: | | |
| Tipo de notificação: | | | | Prospetiva <input type="checkbox"/> | | | Retrospectiva <input type="checkbox"/> | | |
| 8. TESTES LABORATORIAIS RELEVANTES/PROCEDIMENTOS PRÉ E PÓS DESFECHO (ex. Amniocentese, ultrasom) | | | | | | | | | |
| | Testes | Resultados Unidades e valores normais, caso aplicável | Pendente | Pré/Pós Desfecho? | | Data dd-MMM-aaaa | | | |
| 1. | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <input type="checkbox"/> | Pré <input type="checkbox"/> Pós <input type="checkbox"/> | | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | |
| 2. | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <input type="checkbox"/> | Pré <input type="checkbox"/> Pós <input type="checkbox"/> | | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | |
| 3. | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <input type="checkbox"/> | Pré <input type="checkbox"/> Pós <input type="checkbox"/> | | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | |
| Detalhes Adicionais: _____ _____ | | | | | | | | | |
| 9. DESFECHO DO NASCIMENTO Desfecho do feto / lactente: Número de fetos/lactentes <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> (no caso de mais que 1 lactente/feto, complete a Informação do Lactente - secção 9-11 – num formulário adicional) Normal <input type="checkbox"/> Anormal (defeitos/malformações congénitas e outras ocorrências experienciadas pelo bebé / feto) <input type="checkbox"/> Especificar _____ <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Morte <input type="checkbox"/></div> <div style="margin-right: 10px;">Data</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="margin-left: 10px;">Causa da morte: _____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: -10px;"> dd MMM aaaa </div> | | | | | | | | | |
| Resultados da Autópsia: _____ | | | | | | | | | |
| 10. INFORMAÇÃO DO LACTENTE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Género: Masculino: <input type="checkbox"/> </div> <div> Peso: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="margin: 0 5px;">lb</div> <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="margin: 0 5px;">kg</div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> Comprimento: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="margin: 0 5px;">inch</div> <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="margin: 0 5px;">cm</div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> Circunferência da cabeça: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="margin: 0 5px;">inch</div> <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="margin: 0 5px;">cm</div> <input type="checkbox"/> </div> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Idade Gestacional no Parto/Aborto <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> (semanas) </div> <div style="margin-top: 10px; display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Índices Apgar</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> 1 minuto <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> 5 minutos <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> 10 minutos <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> </div> | | | | | | | | | |

Completar:

Página 4 de 7

Secção 1-9 e Secção 12 para Informação da Gravidez e Parental

Secção 9-11 apenas para Informação do Lactente/Feto, quando aplicável

| RO-GNE: MICOFENOLATO DE MOFETIL (CELLCEPT®) Questionário de Gravidez de seguimento (Formulário de Notificação de Gravidez) | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|----|-----|------|
| APENAS PARA USO ROCHE | | | | | | | | | |
| Data de receção pela Roche (dd-MMM-aaaa): | Ref. Local: | MCN: | | | | | | | |
| Tipo de notificação: | | Prospetiva <input type="checkbox"/> | Retrospeativa <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <p>Existiram algumas características invulgares sobre a gravidez ou a sua evolução?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, especificar _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Exame de seguimento da criança:</p> <p>Data: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px;"> <tr> <td style="width: 33px; height: 25px;"></td> <td style="width: 33px; height: 25px;"></td> <td style="width: 33px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>dd</td> <td>MMM</td> <td>aaaa</td> </tr> </table></p> <p>Resultados: _____</p> <p>Pediatra (em caso de referência); Nome: _____</p> <p style="text-align: right;">Nº. Telefone: _____</p> <p>Morada: _____ Nº. Fax: _____</p> <p style="text-align: right;">E-mail: _____</p> | | | | | | | dd | MMM | aaaa |
| | | | | | | | | | |
| dd | MMM | aaaa | | | | | | | |
| 11. TESTES LABORATORIAIS RELEVANTES/PROCEDIMENTOS PARA BEBÉS/FETOS | | | | | | | | | |
| Testes | Resultados <small>(unidades e valores normais se aplicável)</small> | Pendente | Data <small>dd-MMM-aaaa</small> | | | | | | |
| 1. <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | | | | | | |
| 2. <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | | | | | | |
| 3. <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | | | | | | |
| 4. <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | <table border="1" style="width: 150px; height: 25px;"></table> | | | | | | |
| 12. INFORMAÇÃO ADICIONAL Continue no formulário Suplementar Opcional, se necessário | | | | | | | | | |

Completar:

Secção 1-9 e Secção 12 para Informação da Gravidez e Parental

Secção 9-11 apenas para Informação do Lactente/Feto, quando aplicável

| RO-GNE: MICOFENOLATO DE MOFETIL (CELLCEPT®) Questionário de Gravidez de seguimento (Formulário de Notificação de Gravidez) | | |
|---|---------------|--|
| APENAS PARA USO ROCHE | | |
| Data de receção pela Roche (dd-MMM-aaaa): | Ref. Local: | MCN: |
| Tipo de notificação: Prospetiva <input type="checkbox"/> | | Retrospectiva <input type="checkbox"/> |
| Assinatura do Notificador: | | Data (dd-MMM-aaaa): |
| Nome de contacto para informação adicional da gravidez: (no caso de ser diferente do NOTIFICADOR) | | |
| Morada de Contacto | Nº. Telefone: | |
| | Nº. Fax: | |
| | Email: | |
| Caso este formulário seja preenchido por um colaborador Roche, garantir que a informação inserida reflete a opinião do notificador | | |
| APENAS PARA USO ROCHE | Assinatura: | Data (dd-MMM-aaaa): |
| NOME (em letra de imprensa): | | |

Completar:

Página 6 de 7

Secção 1-9 e Secção 12 para Informação da Gravidez e Parental

Secção 9-11 apenas para Informação do Lactente/Feto, quando aplicável

[illegible]