

1) INFORMACJE O PACJENCIE	Tylko do użytku ZIOŁOLEK									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 2px;">Inicjały _____</td> <td style="width: 25%; padding: 2px;">Data urodzenia/wiek _____</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Szpital _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Masa ciała _____ kg</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Pochodzenie _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Wzrost _____ cm</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Inicjały _____	Data urodzenia/wiek _____	Szpital _____	Masa ciała _____ kg	Pochodzenie _____		Wzrost _____ cm			Data otrzymania przez podmiot odpowiedzialny _____ Osoba przyjmująca zgłoszenie _____ Czy raport spełnia lokalne kryteria raportowania? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inicjały _____	Data urodzenia/wiek _____	Szpital _____								
Masa ciała _____ kg	Pochodzenie _____									
Wzrost _____ cm										

2) INFORMACJE O OSOBE ZGŁASZAJĄCEJ					
Nazwisko _____	Adres _____	Nr telefonu _____	Kwalifikacje osoby zgłaszającej	Data _____	
			<input type="checkbox"/> Lekarz	<input type="checkbox"/> Inna osoba wykonująca zawód medyczny	
			<input type="checkbox"/> Farmaceuta		
			<input type="checkbox"/> Osoba niewykonująca zawód medyczny		
Kraj _____	Kod pocztowy _____	E-mail _____	Proszę sprecyzować _____		
Zgłoszone do organów stanowiących? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie					

3) LEK(I) STOSOWANY(E) W CZASIE CIĄŻY			
Nazwa leku	Wskazanie	Nr serii	Data ważności
A _____	A _____	A _____	A _____
B _____	B _____	B _____	B _____
Czynności podjęte w stosunku do leku	Dawka dobową, Jednostka, Częstość i droga podania	Data rozpoczęcia	Data zakończenia
A _____	A _____	A _____	A _____
B _____	B _____	B _____	B _____

4) REZULTAT
<input type="checkbox"/> Poród o czasie <input type="checkbox"/> Poród przed czasem Jeśli wystąpił poród przed czasem, proszę podać wiek ciążowy _____ tygodni <input type="checkbox"/> Poronienie <input type="checkbox"/> Przerwanie ciąży Czy przerwanie ciąży było zalecane przez lekarza? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli Tak, proszę sprecyzować _____ <input type="checkbox"/> Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu Czy w czasie ciąży wystąpiły jakieś zdarzenia medyczne? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli Tak, proszę opisać poniżej. <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 5px;"></div> Proszę opisać wszelkie powikłania, infekcje, choroby w czasie ciąży i ekspozycję na leki

5) INFORMACJE O PORODZIE
<input type="checkbox"/> Zdrowy noworodek _____ <input type="checkbox"/> Komplikacje u noworodka _____ <input type="checkbox"/> Wada wrodzona/Uraz okołoporodowy _____ <input type="checkbox"/> Martwe urodzenie _____ <input type="checkbox"/> Ciąża mnoga _____
Proszę podać szczegóły nieprawidłowego stanu lub komplikacji w czasie porodu/po porodzie. Proszę opisać objawy, diagnozę, badania i wskazać prawdopodobną przyczynę zdarzenia Jeśli wystąpiło zdarzenie (u matki, płodu, noworodka), czy istnieje uzasadniona możliwość, że mogło to być spowodowane przez lek stosowany w czasie ciąży? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, proszę podać nazwę leku i przyczynę jego zastosowania