

1) INFORMACJE O PACJENCIE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Inicjały _____</td> <td style="width: 25%;">Data urodzenia/wiek _____</td> <td style="width: 50%;">Szpital _____</td> </tr> <tr> <td>Masa ciała _____ kg</td> <td colspan="2">Pochodzenie _____</td> </tr> <tr> <td>Wzrost _____ cm</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Inicjały _____	Data urodzenia/wiek _____	Szpital _____	Masa ciała _____ kg	Pochodzenie _____		Wzrost _____ cm			Tylko do użytku Ziaja 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 niewykonywująca zawód medyczny		
Kraj _____	Kod pocztowy _____	E-mail _____	<input type="checkbox"/> Inna osoba wykonująca zawód medyczny _____ Proszę sprecyzować		Podpis osoby zgłaszającej _____
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.	
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/Urząd 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	