

ANEXO X

FICHA DE FARMACOVIGILÂNCIA PARA RETINÓIDES DE USO SISTÊMICO POR PACIENTES DO SEXO FEMININO:

Nome do Médico _____

CRM _____

Telefone para Contato _____

Nome do Paciente _____

Idade _____

Diagnóstico _____

Medicamento prescrito:

☐ Isotretinoína ☐ Outros _____

☐ Acitretina _____

☐ Tretinoína _____

Posologia _____

Início de Tratamento _____

Final do Tratamento _____

Data da última avaliação _____

No caso de pacientes do sexo feminino que já começaram a menstruação:

Método Anticoncepcional _____

Teste de Gravidez (datas e resultado) _____

Ocorreu alguma reação adversa ou efeito colateral? Qual a reação e o desfecho para o paciente?

A paciente engravidou durante o tratamento? ☐ Sim ☐ Não

A paciente engravidou após o fim do tratamento? ☐ Sim ☐ Não

Caso sim, qual foi a data do início da gravidez? _____

Caso a paciente tenha engravidado, qual foi o desfecho da gravidez?

☐ Aborto espontâneo ou induzido, em caso afirmativo, houve evidência de defeito congênito no feto?

☐ Nascimento de criança normal

☐ Nascimento de criança com defeito congênito, em caso afirmativo, qual o defeito congênito?

☐ Nascimento de criança com outro problema, em caso afirmativo, qual o problema?

outras observações:

Assinatura_____Data_____

CRM _____

Telefone de Contato _____