



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EMBARAZO

(Para: Profesional Sanitario)

Departamento de Farmacovigilancia - Grünenthal Pharma, S.A.

Fax: 91 301 93 04

INFORMACIÓN Y MEDICACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA

País: España

Medicamento de Grünenthal administrado	Indicación	Vía de administración (oral/IV/Tópico) <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Otro (especifique cuál)	Fecha de inicio del tratamiento día mes año Fecha de fin del tratamiento día mes año	Fecha de nacimiento día mes año	Altura (m)	Peso (kg)
--	------------	--	---	------------------------------------	------------	-----------

INFORMACIÓN DEL EMBARAZO

Tipo de notificación	Fecha diagnóstico embarazo	Fecha aproximada embarazo	Fecha estimada de parto
<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Seguimiento	día mes año	día mes año	día mes año

Riesgos del embarazo Alcohol Tabaco Otros (especificar, a continuación)**Descripción del curso actual del embarazo (ultrasonidos fetal, amniocentesis, valores laboratorio, etc.)**

Adjunte documentación si es necesario.

Descripción del curso del parto (ultrasonidos fetal, ecografía, etc.) Parto vaginal Cirugía vaginal en el parto Cesárea

Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)

 No se conoce información al respecto**Información adicional (p.ej.: indicar medicación concomitante, historia clínica, etc.)****INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR (Sólo si es Profesional Sanitario, Abogado, Dentista)**

Nombre y Apellidos:

Dirección Profesional:

Código Postal:

Fax o Teléfono:

Consiente hacer seguimiento (Sí/No): Sí No

Par uso de GRT sólo - Fecha Informe Inicial:

Por favor, para cualquier pregunta o consulta, póngase en contacto con nosotros en el teléfono indicado en esta página web.

Muchas gracias por su colaboración, ya que nos permite cumplir con nuestro compromiso como compañía de mantener la seguridad de nuestros pacientes y nuestros fármacos.