

**Форма выявления беременности
при лечении леналидомидом**

Данные сообщającego лица	
Ф.И.О отправителя:	
Должность и место работы:	
Контактный телефон:	
e-mail:	
Дата сообщения:	

Данные пациентки	
Инициалы пациентки	
Категория пациентки	☐ Женщина-пациент ☐ Женщина, сексуальный партнер мужчины-пациента
Вес	
Возраст	
Дата последней менструации	
Результат теста на беременность	☐ Положительный ☐ Отрицательный ☐ Неопределенный
Данные других лабораторно-инструментальных методов исследования	

История болезни	
☐ Есть (указать) ☐ Нет ☐ Неизвестно	
Сопутствующие заболевания:	

Сведения о лекарственных средствах, принимаемых в течение последних 3 месяцев						
Наименование ЛС (торговое)	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание

Дополнительные сведения	
Комментарий/заключение врача	

Форма может быть отправлена представителю держателя регистрационного удостоверения в компанию ООО «Озон»:

по электронной почте ozon@ozon-pharm.ru;

по телефонам +79874599991, +79874599992 или

по адресу: Россия, ООО «Озон»,

445351, Самарская обл., г.о. Жигулевск, г. Жигулевск, ул. Гидростроителей, д. 6.