

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Envíe este formulario por fax a HRA Pharma al + 33 1 42 77 03 52

Usted ha identificado a una paciente que podría haber estado expuesta a ellaOne® durante su embarazo. Rellene este formulario de inscripción, así como el formulario de desenlace del embarazo, para todos los casos. Dependiendo del desenlace del embarazo, es posible que deba rellenar otros formularios específicos.

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

Iniciales		Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	
-----------	--	--------------------------------	--

INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO

Fecha del diagnóstico	
Fecha del último periodo menstrual	
Fecha de parto prevista	

EXPOSICIÓN A ellaOne®

Fecha de administración de ellaOne®	
Dosis total administrada (30 mg por comprimido)	
Tiempo transcurrido desde la relación sexual hasta la toma de ellaOne® (horas)	
Momento del embarazo en el momento de la exposición a ellaOne®	<input type="checkbox"/> Antes del embarazo (fracaso del tratamiento) <input type="checkbox"/> 1.º trimestre <input type="checkbox"/> 2.º trimestre <input type="checkbox"/> 3.º trimestre
Situación antes de la toma de ellaOne®	<input type="checkbox"/> No estaba embarazada <input type="checkbox"/> Estaba embarazada

Si en este momento conoce el desenlace del embarazo, rellene el formulario de "desenlace del embarazo".

INFORMACIÓN SOBRE EL PROFESIONAL SANITARIO

Apellidos:	Nombre:
Especialidad médica:	DNI:
Dirección:	
País:	
Teléfono:	Fax:
Correo electrónico:	
Fecha:	Firma:

Conforme a los requisitos de la Directiva Europea 95/46/CE sobre la protección de datos, usted tiene derecho a acceder y enmendar la información recogida que HRA Pharma procesa en el marco del registro de embarazos de ellaOne®.

Para ejercer este derecho:

Envíe un mensaje a: cil@hra-pharma.com, o

Envíe un fax al: +33 1 40 33 12 31, o

Póngase en contacto con nosotros por teléfono llamando al: + 33 1 40 33 11 30