

Identificación de la paciente: Iniciales _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____

FORMULARIO DE DESENLACE DEL EMBARAZO

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

Especifique el desenlace del embarazo en este formulario. Se proporcionan instrucciones acerca de los formularios adicionales que deben rellenarse según el tipo de desenlace del embarazo.

Desenlace del embarazo	Se solicita información adicional	Instrucciones
<input type="checkbox"/> Aborto provocado (sin motivos clínicos, fue decisión de la paciente)	Fecha del procedimiento ____/____/____	<i>Gracias por rellenar este registro de embarazos. No se necesita más información.</i>
<input type="checkbox"/> Nacimiento con vida	<input type="checkbox"/> Niño(s) sano(s) Duración del embarazo (semanas) ____ Número de niños que nacieron ____ Por cada niño, especifique: Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Peso al nacer (kg) ____ Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Peso al nacer (kg) ____ Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Peso al nacer (kg) ____	<i>Gracias por rellenar este registro de embarazos. No se necesita más información.</i>
	<input type="checkbox"/> Anomalía congénita	<i>Rellene el formulario adicional 1: "Anomalía congénita"</i>
	<input type="checkbox"/> Muerte neonatal	<i>Rellene el formulario adicional 2: "Muerte neonatal"</i>
<input type="checkbox"/> Muerte materna		<i>Gracias por rellenar este registro de embarazos. Se pondrán en contacto con usted muy pronto para obtener más información.</i>
<input type="checkbox"/> Aborto terapéutico provocado (en caso de anomalía detectada durante el diagnóstico prenatal)		<i>Rellene el formulario adicional 3: "Muerte fetal"</i>
<input type="checkbox"/> Aborto espontáneo (menos de 20 semanas de embarazo)		
<input type="checkbox"/> Muerte fetal prematura (entre 20 y 27 semanas de embarazo)		
<input type="checkbox"/> Muerte fetal tardía (más de 28 semanas de embarazo)		
<input type="checkbox"/> Embarazo ectópico		

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