

Datos del notificador

Nombre del notificador: _____
Profesión: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Provincia: _____ Código Postal: _____
País: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Datos de la paciente

ID: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad: _____
-----------	-------------------------------------	-------------

Datos de la pareja del paciente varón (cuando proceda)

ID: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad: _____
-----------	-------------------------------------	-------------

Datos del paciente varón (cuando proceda)

ID: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad: _____
-----------	-------------------------------------	-------------

Datos de la mujer embarazada expuesta accidentalmente (cuando proceda)

ID: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad: _____
-----------	-------------------------------------	-------------

Datos del neonato

ID: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad: _____
Descripción de las anomalías congénitas		
Especificar los factores de riesgo que pueden haber contribuido a la anomalía		
Proporcionar datos de otros estudios adicionales y las fechas correspondientes		

Nombre y firma de la persona que cumplimenta este formulario:

Fecha: ____/____/____

Este formulario se tiene que enviar al laboratorio titular de la autorización de comercialización del fármaco en cuestión.

Se hará un seguimiento de todos los embarazos que se produzcan con el uso de lenalidomida.
Le pedirán que proporcione cualquier información adicional sobre las circunstancias de la exposición del feto a lenalidomida y sobre el desenlace del embarazo