

RoActemra: Pregnancy Report Form

Bericht von Schwangerschaften unter RoActemra

Protocol: ML28110

Title: „BiKeR – Biologika in der Kinderreumatologie-Register“

Klinik/PraxisStempel

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“

Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse: Schwangerschaft

(Adverse event of special interest)

FOR ROCHE USE ONLY / BITTE NICHT AUSFÜLLEN		
Roche Received Date (dd-MMM-yyyy):	Local No/LRN #:	
	MCN/AER #:	
Report Type:	Prospective <input type="checkbox"/>	Retrospective <input type="checkbox"/>
1. REPORTER INFORMATION DETAILS ZUM BERICHTERSTATTER Initial <input type="checkbox"/> Follow-up <input type="checkbox"/>		
Reporter Name: Name Berichterstatter: _____		
Type: Art: <input type="checkbox"/> Physician (Specialty) <input type="checkbox"/> Pharmacist <small>Arzt/Ärztin (Fachgebiet) Apotheker/in</small>		
<input type="checkbox"/> Consumer <input type="checkbox"/> Other (Specify) <small>Patient Andere (Bitte spezifizieren)</small>		
Contact Address: Kontakt Adresse: _____		
Telephone Number: Telefon Nummer: _____		
Fax Number: Fax Nummer: _____		
Postal/Zip Code: Postleitzahl: _____		
E-mail: E-Mail: _____		
2. EXPOSED PARENT'S DETAILS DETAILS ZUM ELTERNTEIL MIT EXPOSITON		
Who was exposed: Wer war dem Arzneimittel ausgesetzt: <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <small>Vater Mutter</small>		
Initials: Initialen: _____		
Date of Birth: Geburtsdatum: _____ <small>dd MMM Yyyy</small>		
Patient code: Patientencode: _____		
Height: Größe: _____ inch <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/>		
Weight: Gewicht: _____ lb <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/>		
Age at Conception: Alter bei Zeugung: _____		
Postal Code (France only): Postleitzahl (nur Frankreich): _____		
Ethnic origin: Ethnische Zugehörigkeit: <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> (Specify): <small>Schwarz Kaukasisch Hispanisch Asiatisch Andere (Bitte spezifizieren):</small>		

RoActemra: Pregnancy Report Form

Bericht von Schwangerschaften unter RoActemra

Protocol: ML28110

Title: „BiKeR – Biologika in der Kinderreumatologie-Register“

Patientencode:

Geburtsdatum:

FOR ROCHE USE ONLY / BITTE NICHT AUSFÜLLEN																												
Roche Received Date (dd-MMM-yyyy):			Local No/LRN #:																									
			MCN/AER #:																									
Report Type:			Prospective <input type="checkbox"/>		Retrospective <input type="checkbox"/>																							
3.	PRODUCT INFORMATION PRODUKT INFORMATION			(Enter all relevant Roche or Non-Roche medications taken before and during pregnancy or if the father exposed enter medication taken prior to conception only) (Bitte geben Sie alle relevanten Arzneimittel (Roche und Nicht Roche Produkte) an, die die Schwangere vor und während der Schwangerschaft eingenommen hat bzw. die der Vater vor der Zeugung eingenommen hat.)																								
<table border="0" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Product Name (Generic/Trade) <small>Arzneimittel (Generischer Name/ Handelsname)</small></td> <td style="width: 10%;">Suspect <small>Verdächtig</small></td> <td style="width: 10%;">Lot/ Batch # <small>Chargen Nr.</small></td> <td colspan="3" style="width: 25%;">Time of Exposure (× as applicable) <small>Dauer der Exposition (x wie zutreffend)</small></td> <td style="width: 10%;">Route <small>Applikation</small></td> <td style="width: 15%;">Strength and Formulation (25mg, cap, tab) <small>Stärke und Darreichungsform (25 mg, Kapsel, Tablette)</small></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><small>Pre conception Vor Zeugung</small></td> <td style="text-align: center;"><small>Trimester Trimester</small></td> <td style="text-align: center;"><small>Delivery Entbin- dung</small></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">1 2 3</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							Product Name (Generic/Trade) <small>Arzneimittel (Generischer Name/ Handelsname)</small>	Suspect <small>Verdächtig</small>	Lot/ Batch # <small>Chargen Nr.</small>	Time of Exposure (× as applicable) <small>Dauer der Exposition (x wie zutreffend)</small>			Route <small>Applikation</small>	Strength and Formulation (25mg, cap, tab) <small>Stärke und Darreichungsform (25 mg, Kapsel, Tablette)</small>				<small>Pre conception Vor Zeugung</small>	<small>Trimester Trimester</small>	<small>Delivery Entbin- dung</small>						1 2 3		
Product Name (Generic/Trade) <small>Arzneimittel (Generischer Name/ Handelsname)</small>	Suspect <small>Verdächtig</small>	Lot/ Batch # <small>Chargen Nr.</small>	Time of Exposure (× as applicable) <small>Dauer der Exposition (x wie zutreffend)</small>			Route <small>Applikation</small>	Strength and Formulation (25mg, cap, tab) <small>Stärke und Darreichungsform (25 mg, Kapsel, Tablette)</small>																					
			<small>Pre conception Vor Zeugung</small>	<small>Trimester Trimester</small>	<small>Delivery Entbin- dung</small>																							
				1 2 3																								
1.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
4.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
5.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			

	Dosage Regimen <small>Dosierung/ Regime</small>	Start Date (dd-MMM-yyyy) <small>Start Datum</small>	Stop Date (dd-MMM-yyyy) <small>Stopp Datum</small>	Ongoing <small>Andauernd</small>	Indication for Use <small>Indikation</small>
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Complete:
Section 1-8 and section 11 for Parent and Pregnancy Information.
Section 8-11 for Infant/Fetal Information only, where applicable.

Bitte vervollständigen:
Abschnitt 1-8 und 11 für Informationen zum Elternteil und zur Schwangerschaft
Nur Abschnitt 8-11 für Informationen zum Neugeborenen/Fötus, falls zutreffend

Koordinationszentrum: Prof. Dr. Gerd Horneff, St. Augustin, Tel./Fax 02241 249- 218.

RoActemra: Pregnancy Report Form

Bericht von Schwangerschaften unter RoActemra

Protocol: ML28110

Title: „BiKeR – Biologika in der Kinderreumatologie-Register“

Patientencode: Geburtsdatum:

<i>FOR ROCHE USE ONLY / BITTE NICHT AUSFÜLLEN</i>		
Roche Received Date (dd-MMM-yyyy):	Local No/LRN #:	
	MCN/AER #:	
Report Type:	Prospective <input type="checkbox"/>	Retrospective <input type="checkbox"/>
4. PREGNANCY INFORMATION <i>INFORMATION ZUR SCHWANGERSCHAFT</i>		
LMP Date: <small>Datum der letzten Menstruation:</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>dd MMM yyyy</small>	Est <input type="checkbox"/> <small>Geschätzt</small> Estimated Date of Delivery: <small>Voraussichtlicher Geburtstermin:</small>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>dd MMM yyyy</small>
Conception Date: <small>Zeugungsdatum:</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>dd MMM yyyy</small>	Est <input type="checkbox"/> <small>Geschätzt</small>
5. MEDICAL HISTORY <i>KRANKENGESCHICHTE</i>		
Contraception (may choose more than one) <small>Kontrazeption (bitte ggf. mehr als eine auswählen)</small>	Number of previous <small>Anzahl an vorherigen</small>	Risk Factors/ Medical History <small>Risikofaktoren/ Krankengeschichte</small>
None <input type="checkbox"/> <small>Keine</small>	Condom <input type="checkbox"/> <small>Kondom</small>	Pregnancies <input type="text"/> <small>Schwangerschaften</small>
Contraceptive Medication <input type="checkbox"/> <small>Pille</small>	Surgical Sterilization (Male) <input type="checkbox"/> <small>Sterilisation (Mann)</small>	Therapeutic Abortions <input type="text"/> <small>Schwangerschaftsabbrüchen</small>
Diaphragm <input type="checkbox"/> <small>Diaphragma</small>	Surgical Sterilization (Female) <input type="checkbox"/> <small>Sterilisation (Frau)</small>	Spontaneous Abortions <input type="text"/> <small>Fehlgeburten</small>
IUD <input type="checkbox"/> <small>Spirale</small>	Withdrawal <input type="checkbox"/> <small>Enthaltung</small>	Stillbirth <input type="text"/> <small>Todgeburten</small>
Infertility (Male) <input type="checkbox"/> <small>Zeugungsunfähigkeit (Mann)</small>	Rhythm <input type="checkbox"/> <small>Kalendermethode</small>	Deliveries <input type="text"/> <small>Geburten</small>
Infertility (Female) <input type="checkbox"/> <small>Zeugungsunfähigkeit (Frau)</small>	Unknown <input type="checkbox"/> <small>Unbekannt</small>	Babies born with defects <input type="text"/> <small>Babys mit Behinderung</small>
Spermicide <input type="checkbox"/> <small>Spermizid</small>		Unknown <input type="checkbox"/> <small>Unbekannt</small>
Details: (include dates & outcome as applicable) <small>Details: (inkl. Daten und Ausgang, sofern zutreffend)</small>		Alcohol <input type="checkbox"/> <small>Alkohol</small>
		Allergies* <input type="checkbox"/> <small>Allergien</small>
		Diabetes* <input type="checkbox"/> <small>Diabetes</small>
		Infection* <input type="checkbox"/> <small>Infektion</small>
		Smoking <input type="checkbox"/> <small>Rauchen</small>
		Drug abuse <input type="checkbox"/> <small>Medikamenten Missbrauch</small>
		Other/Relevant History (*specify below) <input type="checkbox"/> <small>Andere/relevante Historie (bitte spezifizieren)</small>

Complete: Section 1-8 and section 11 for Parent and Pregnancy Information.
Section 8-11 for Infant/Fetal Information only, where applicable.

Bitte vervollständigen: Abschnitt 1-8 und 11 für Informationen zum Elternteil und zur Schwangerschaft
Nur Abschnitt 8-11 für Informationen zum Neugeborenen/Fötus, falls zutreffend

RoActemra: Pregnancy Report Form

Bericht von Schwangerschaften unter RoActemra

Protocol: ML28110

Title: „BiKeR – Biologika in der Kinderreumatologie-Register“

Patientencode:

Geburtsdatum:

FOR ROCHE USE ONLY / BITTE NICHT AUSFÜLLEN

Roche Received Date (dd-MMM-yyyy):	Local No/LRN #:	
	MCN/AER #:	
Report Type:	Prospective <input type="checkbox"/>	Retrospective <input type="checkbox"/>

6. PREGNANCY OUTCOME

AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT

Ongoing <input type="checkbox"/> Andauernd	Ectopic pregnancy <input type="checkbox"/> Ektopische Schwangerschaft	Spontaneous abortion <input type="checkbox"/> Fehlgeburt	Unknown <input type="checkbox"/> Unbekannt
Live birth <input type="checkbox"/> Lebendgeburt	Stillbirth <input type="checkbox"/> Todgeburt	Therapeutic abortion <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch	Lost to follow-up <input type="checkbox"/> Lost to follow-up

Provide date if applicable:

Bitte Datum angeben, falls zutreffend:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd	MMM	yyyy

7. RELEVANT LABORATORY TESTS/PROCEDURES PRE AND POST OUTCOME (e.g. Amniocentesis, ultrasound)

RELEVANTE LABOR ERGEBNISSE/UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE VOR UND NACH AUSGANG (z.B. Fruchtwasseruntersuchung, Ultraschall)

	Tests Untersuchung	Results Units and normal values if applicable Ergebnis Einheiten und Normalwerte, falls zutreffend	Pending Aus- stehend	Pre/Post Outcome? Vor/Nach Ausgang?	Date dd-MMM-yyyy Datum
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Pre <input type="checkbox"/> Vor <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Nach <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Pre <input type="checkbox"/> Vor <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Nach <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Pre <input type="checkbox"/> Vor <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Nach <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Further details:

Weitere Details:

Complete: Section 1-8 and section 11 for Parent and Pregnancy Information. Section 8-11 for Infant/Fetal Information only, where applicable.

Bitte vervollständigen: Abschnitt 1-8 und 11 für Informationen zum Elternteil und zur Schwangerschaft. Nur Abschnitt 8-11 für Informationen zum Neugeborenen/Fötus, falls zutreffend.

Koordinationszentrum: Prof. Dr. Gerd Horneff, St. Augustin, Tel./Fax 02241 249- 218.

RoActemra: Pregnancy Report Form

Bericht von Schwangerschaften unter RoActemra

Protocol: ML28110

Title: „BiKeR – Biologika in der Kinderreumatologie-Register“

Patientencode:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------	----------------------	---------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FOR ROCHE USE ONLY / BITTE NICHT AUSFÜLLEN		
Roche Received Date (dd-MMM-yyyy):	Local No/LRN #:	
	MCN/AER #:	
Report Type:	Prospective <input type="checkbox"/>	Retrospective <input type="checkbox"/>
<p>8. BIRTH OUTCOME GEBURTSAUSGANG</p> <p>Infant/Fetal Outcome: Ausgang beim Neugeborenen/Fötus:</p> <p>Number of infants/fetuses <input type="text"/> Anzahl Neugeborener/Föten</p> <p>(in the event of more than 1 infant/fetus, complete Infant Information sections 8-11 on a separate form) (im Falle von mehr als einem Neugeborenen/Fötus, bitte Information zum Neugeborenen Abschnitt 8-11 auf einem separaten Form vervollständigen)</p> <p>Normal <input type="checkbox"/> Normal</p> <p>Abnormal (birth defects/congenital abnormalities and other events experienced by the fetus/baby) <input type="checkbox"/> Anormal (Geburtsfehler/kongenitale Anomalien und andere unerwünschte Ereignisse beim Fötus/Baby)</p> <p style="text-align: right;">Specify Bitte spezifizieren</p> <hr/> <p>Unknown <input type="checkbox"/> Unbekannt</p> <p>Death <input type="checkbox"/> Tod</p> <p>Date: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd MMM yyyy</p> <p>Cause of death: <input type="text"/> Todesursache:</p> <p>Autopsy results: Autopsie Ergebnis: <input type="text"/></p>		

Complete:
Section 1-8 and section 11 for Parent and Pregnancy Information.
Section 8-11 for Infant/Fetal Information only, where applicable.

Bitte vervollständigen:
Abschnitt 1-8 und 11 für Informationen zum Elternteil und zur Schwangerschaft
Nur Abschnitt 8-11 für Informationen zum Neugeborenen/Fötus, falls zutreffend

Koordinationszentrum: Prof. Dr. Gerd Horneff, St. Augustin, Tel./Fax 02241 249- 218.

RoActemra: Pregnancy Report Form

Bericht von Schwangerschaften unter RoActemra

Protocol: ML28110

Title: „BiKeR – Biologika in der Kinderreumatologie-Register“

Patientencode: [] [] [] [] [] [] Geburtsdatum: [] [] [] [] [] [] [] []

FOR ROCHE USE ONLY / BITTE NICHT AUSFÜLLEN		
Roche Received Date (dd-MMM-yyyy):	Local No/LRN #:	
	MCN/AER #:	
Report Type:	Prospective <input type="checkbox"/>	Retrospective <input type="checkbox"/>
<p>9. INFANT INFORMATION INFORMATION ZUM NEUGEBORENEN</p> <p>Gender: <small>Geschlecht:</small> Male: <input type="checkbox"/> Männlich: <input type="checkbox"/> Female: <input type="checkbox"/> Weiblich: <input type="checkbox"/></p> <p>Weight: <small>Gewicht:</small> [] [] lb <input type="checkbox"/> [] [] kg <input type="checkbox"/></p> <p>Length: <small>Länge:</small> [] [] inch <input type="checkbox"/> [] [] cm <input type="checkbox"/></p> <p>Head circumference: <small>Kopfumfang:</small> [] [] inch <input type="checkbox"/> [] [] cm <input type="checkbox"/></p> <p>Gestational Age at Delivery/Abortion <small>Gestationsalter bei Entbindung/Schwangerschaftsabbruch</small> [] [] (weeks) (Wochen)</p> <p>Apgar Scores <small>Apgar Scores</small> 1 minute <small>1 Minute</small> [] [] 5 minutes <small>5 Minuten</small> [] [] 10 minutes <small>10 Minuten</small> [] []</p> <p>Were there any unusual features about the pregnancy or its outcome? <small>Gab es ungewöhnliche Besonderheiten bei der Schwangerschaft oder beim Schwangerschaftsausgang?</small> Yes <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, specify <small>Wenn ja, bitte spezifizieren</small></p> <hr/> <p>Follow-up examination of the child: <small>Nachsorge Untersuchung des Kindes:</small> Date: <small>Datum:</small> [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] <small>dd MMM yyyy</small></p> <p>Findings: <small>Ergebnisse:</small></p> <hr/> <p>Paediatrician (in case of referral); <small>Pädiater (im Falle der Überweisung); Name:</small> _____ Name: _____ Address: _____ Address: _____ Address: _____</p> <p style="text-align: right;">Telephone No: _____ Telefon Nr.: _____ Fax No: _____ Fax Nr.: _____ E-mail: _____ E-Mail: _____</p>		

Complete: Section 1-8 and section 11 for Parent and Pregnancy Information. Section 8-11 for Infant/Fetal Information only, where applicable.
Bitte vervollständigen: Abschnitt 1-8 und 11 für Informationen zum Elternteil und zur Schwangerschaft. Nur Abschnitt 8-11 für Informationen zum Neugeborenen/Fötus, falls zutreffend.

Koordinationszentrum: Prof. Dr. Gerd Horneff, St. Augustin, Tel./Fax 02241 249- 218.

RoActemra: Pregnancy Report Form

Bericht von Schwangerschaften unter RoActemra

Protocol: ML28110

Title: „BiKeR – Biologika in der Kinderreumatologie-Register“

Patientencode:

Geburtsdatum:

FOR ROCHE USE ONLY / BITTE NICHT AUSFÜLLEN																												
Roche Received Date (dd-MMM-yyyy):	Local No/LRN #:																											
	MCN/AER #:																											
Report Type:		Prospective <input type="checkbox"/>	Retrospective <input type="checkbox"/>																									
<p>10. RELEVANT LABORATORY TESTS/PROCEDURES FOR BABY/FETUS RELEVANTE LABOR ERGEBNISSE/UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE DES BABYS/FÖTUS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Tests <small>Test</small></th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Results <small>(unit and normal values if applicable) Ergebnisse (Einheit und Normalwerte, falls zutreffend)</small></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Pending <small>Ausstehend</small></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Date <small>dd-MMM-yyyy Datum</small></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1.</td> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2.</td> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3.</td> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4.</td> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </tbody> </table> <p>11. ADDITIONAL INFORMATION (Continue on Optional Supplementary Form if necessary) ZUSÄTZLICHE INFORMATION (Bitte optional auf einem zusätzlichen Form fortfahren, falls notwendig)</p>					Tests <small>Test</small>	Results <small>(unit and normal values if applicable) Ergebnisse (Einheit und Normalwerte, falls zutreffend)</small>	Pending <small>Ausstehend</small>	Date <small>dd-MMM-yyyy Datum</small>	1.					2.					3.					4.				
	Tests <small>Test</small>	Results <small>(unit and normal values if applicable) Ergebnisse (Einheit und Normalwerte, falls zutreffend)</small>	Pending <small>Ausstehend</small>	Date <small>dd-MMM-yyyy Datum</small>																								
1.																												
2.																												
3.																												
4.																												
<p>Reporter Signature: <small>Unterschrift des Berichterstatters:</small></p> <p style="text-align: right;">Date (dd-MMM-yyyy): <small>Datum:</small></p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: auto; margin-right: 0;"></div> <p>Contact name for further information on pregnancy: (if different from REPORTER) <small>Kontaktname für weitere Informationen zur Schwangerschaft (falls abweichend vom Berichterstatter)</small></p> <p>Contact Address: _____ <small>Kontakt Adresse:</small></p> <p style="text-align: right;">Telephone No: _____ <small>Telefon Nr.:</small></p> <p style="text-align: right;">Fax No: _____ <small>Fax Nr.:</small></p> <p style="text-align: right;">E-Mail: _____ <small>E-Mail:</small></p> <p>If completed by Roche delegate, ensure the data completed reflects the reporter's opinion <small>Falls durch Roche Mitarbeiter ausgefüllt, bitte sicherstellen, dass die Daten die Meinung des Reporters widerspiegeln</small></p> <p>FOR ROCHE USE ONLY <small>NUR DURCH ROCHE AUSZUFÜLLEN</small></p> <p style="text-align: right;">Signature: _____ <small>Unterschrift:</small></p> <p style="text-align: right;">Date (dd-MMM-yyyy): _____ <small>Datum:</small></p> <p style="text-align: center;">PRINT NAME: <small>NAME:</small></p>																												

Complete:
Section 1-8 and section 11 for Parent and Pregnancy Information.
Section 8-11 for Infant/Fetal Information only, where applicable.

Bitte vervollständigen:
Abschnitt 1-8 und 11 für Informationen zum Elternteil und zur Schwangerschaft
Nur Abschnitt 8-11 für Informationen zum Neugeborenen/Fötus, falls zutreffend

Koordinationszentrum: Prof. Dr. Gerd Horneff, St. Augustin, Tel./Fax 02241 249- 218.

RoActemra: Pregnancy Report Form

Bericht von Schwangerschaften unter RoActemra

Protocol: ML28110

Title: „BiKeR – Biologika in der Kinderreumatologie-Register“

Patientencode:

Geburtsdatum:

OPTIONAL SUPPLEMENTARY INFORMATION FORM FORMBLATT FÜR ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

FOR ROCHE USE ONLY / BITTE NICHT AUSFÜLLEN

Roche Received Date (dd-MMM-yyyy):

Local No/LRN #:

MCN/AER #:

Report Type:

Prospective

Retrospective

ADDITIONAL INFORMATION (Optional):

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN (optional):

Signature:

Unterschrift:

Date (dd-MMM-yyyy):

Datum:

Complete:
Section 1-8 and section 11 for Parent and Pregnancy Information.
Section 8-11 for Infant/Fetal Information only, where applicable.

Bitte vervollständigen:
Abschnitt 1-8 und 11 für Informationen zum Elternteil und zur Schwangerschaft
Nur Abschnitt 8-11 für Informationen zum Neugeborenen/Fötus, falls zutreffend

Koordinationszentrum: Prof. Dr. Gerd Horneff, St. Augustin, Tel./Fax 02241 249- 218.