

ROACCUTANE ® (IZOTRETINOIN)
Obrazac o prihvatanju terapije za pacijentkinje
Ispunjava i potpisuje pacijentkinja ili roditelj/staratelj

Potpisivanjem ovog obrasca, Vi izjavljujete da ste pročitali i razumeli svaku od dole navedenih stavki, kao i da prihvatate rizike i neophodne mere predostrožnosti koje su povezane sa terapijom lekom Roaccutane. Molimo da svaku stavku pažljivo pročitate i potpišete ovaj obrazac o prihvatanju terapije **samo** ako potpuno razumete svaku stavku i ako ste saglasni da postupate u skladu sa uputstvima Vašeg lekara. Ako je potrebno da roditelj ili staratelj potpiše ovaj obrazac, on/ona takođe mora da pročita i razume svaku stavku pre nego što potpisom da svoju saglasnost.

Nemojte potpisivati ovu saglasnost i nemojte uzimati Roaccutane ako postoji nešto što ne razumete u informacijama koje ste primili o upotrebi Roaccutana.

1. Razumem da postoji veoma veliki rizik da moja nerođena beba ima teške urođene mane ukoliko sam trudna ili zatrudnim dok uzimam Roaccutane.
2. Razumem da ne smem da uzimam Roaccutane ako sam trudna.
3. Razumem da ne smem da zatrudnim tokom celokupnog trajanja moje terapije i još mesec dana pošto se moja terapija završi.
4. Razumem da moram da koristim **najmanje jednu, a po mogućstvu dve metode za zaštitu od trudnoće i to najmanje mesec dana pre, tokom celog trajanja terapije i još najmanje mesec dana pošto se moja terapija završi.** Jedini izuzetak je ako moj lekar smatra da nema rizika od trudnoće.
5. Razumem da nijedna metoda kontracepcije, ma koliko da je efikasna, nije savršena, i da ću korišćenjem dve metode rizik od trudnoće svesti na najmanju meru.
6. Reći ću mom lekaru za sve lekove ili biljne preparate koje planiram da uzimam tokom moje terapije lekom Roaccutane, jer metode hormonske kontracepcije (na primer "pilula") mogu da budu neuspešne ako uzimam određene lekove ili biljne preparate.
7. Razumem da ne mogu da dobijem recept za Roaccutane ukoliko nemam negativan test na trudnoću pre nego što započnem terapiju lekom Roaccutane. Moj lekar će da odluči da li su potrebni dodatni testovi na trudnoću tokom terapije lekom Roaccutane. Isto tako, uradiću test na trudnoću 5 nedelja pošto se moja terapija Roaccutanom završi.
8. Razumem da ne smem da započinem terapiju lekom Roaccutane sve dok nisam sasvim sigurna da nisam trudna i dok ne dobijem negativan test na trudnoću.
9. Pročitala sam i razumela materijal koji mi je dao lekar koji mi propisuje Roaccutane: ***Roaccutane – Šta treba da znate.***
10. Razumem da moram odmah da prekinem da uzimam Roaccutane i obavestim svog lekara ako zatrudnim, ako mi izostane menstruacija, ako prestanem da koristim kontracepciju ili ako imam seksualne odnose bez zaštite. Razumem i da ako zatrudnim moj lekar može da me uputi kod odgovarajućeg lekara specijaliste za dalju procenu i savet.

Lekar koji mi propisuje Roaccutane je odgovorio na sva moja pitanja o Roaccutanu i ja prihvatam rizike i uključene mere predostrožnosti koje su mi potpuno objašnjene.

Potpis pacijentkinje

Datum

Potpis roditelja/staratelja (ako je potreban)

Datum

Ime pacijentkinje (štampanim slovima)