

OŚWIADCZENIE PACJENTA LECZONEGO LEKIEM IZOTEK® 20 MG

Formularz ten powinien zostać wypełniony i podpisany przez pacjenta (rodziców lub opiekuna prawnego, jeśli pacjent jest w wieku poniżej 18 lat), a następnie podpisany przez lekarza przepisującego lek.

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Oświadczam, że zostałem dokładnie poinformowany przez lekarza prowadzącego terapię

Dr _____

- o tym, iż nigdy nie należy przekazywać leku Izotek® 20 mg innej osobie, a leki niewykorzystane lub po upływie terminu ważności należy zwrócić do apteki w celu ich utylizacji.
- o tym, iż nie mogę oddawać krwi przez cały okres leczenia, jak również w ciągu jednego miesiąca po zakończeniu leczenia, ponieważ moja krew podana kobiecie będącej w ciąży mogłaby zaszkodzić jej nienarodzonemu dziecku.

Potwierdzam, że lekarz prowadzący odpowiedział wyczerpująco na wszystkie moje pytania.

Podpis pacjenta _____ Data _____

Podpis rodziców lub opiekuna prawnego, jeśli pacjent jest w wieku poniżej 18 lat

_____ Data _____

Wyjaśniłem(-am) pacjentowi konieczność leczenia z zastosowaniem leku Izotek® 20 mg, jak również ryzyko związane z podjęciem leczenia.

Podpis lekarza _____ Data _____