

OŚWIADCZENIE PACJENTKI LECZONEJ LEKIEM IZOTEK® 20 MG

Ja, niżej podpisana (czytelne imię i nazwisko pacjentki)

.....
Data urodzenia:

Adres:

Oświadczam, że zostałam dokładnie poinformowana przez lekarza prowadzącego terapię

Dr
o możliwości wystąpienia następujących efektów niepożądanych w trakcie leczenia lekiem Izotek® 20 mg oraz do jednego miesiąca po zakończeniu kuracji:

1. Rozpoczynając leczenie lekiem Izotek® 20 mg pacjentka nie może być w ciąży.
2. W przypadku jeśli pacjentka będzie w ciąży, zajdzie w ciążę w trakcie leczenia lekiem Izotek® 20 mg lub w ciągu jednego miesiąca po zakończeniu terapii, istnieje duże prawdopodobieństwo wystąpienia poważnego uszkodzeniu płodu.
3. Z wyżej wymienionego powodu pacjentkom nie wolno zajść w ciążę w trakcie leczenia lekiem Izotek® 20 mg lub w ciągu jednego miesiąca po jego zakończeniu.
4. Zostałam poinformowana przez lekarza o zagrożeniu powstającym w przypadku zajścia w ciążę podczas leczenia i do 1. miesiąca po zakończeniu leczenia lekiem Izotek® 20 mg.
5. Zostałam ostrzeżona o możliwości nieskuteczności antykoncepcji.
6. Rozumiem przekazane mi informacje.
7. Jestem zdolna do stosowania skutecznej metody antykoncepcji ściśle według zaleceń lekarza prowadzącego.
8. Zobowiązuję się stosować skuteczne postępowanie zapobiegające ciąży nieprzerwanie przez 1 miesiąc przed rozpoczęciem leczenia, podczas leczenia oraz przez 1 miesiąc po zakończeniu terapii.
9. Przed rozpoczęciem leczenia muszę 2-krotnie przeprowadzić test ciążowy pod kontrolą lekarza: pierwszy raz przed rozpoczęciem stosowania antykoncepcji i ponownie, po 4 tygodniach, bezpośrednio przed rozpoczęciem przyjmowania leku Izotek® 20 mg.
10. Wiem, że zaleca się comiesięczne wykonywanie testów ciążowych.
11. W przypadku ponownego rozpoczęcia leczenia zobowiązuję się nieprzerwanie stosować te same skuteczne metody zapobiegania ciąży przez okres 1 miesiąca przed leczeniem, podczas leczenia i 1 miesiąc po jego zakończeniu oraz prowadzić kontrolę za pomocą testu ciążowego.
12. Rozumiem konieczność zachowania środków ostrożności i potwierdzam ich zrozumienie oraz gotowość przestrzegania skutecznych metod zapobiegania ciąży.
13. Potwierdzam, że otrzymałam dokładne informacje na temat leczenia lekiem Izotek® 20 mg, potencjalnego ryzyka wystąpienia działań niepożądanych oraz zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania zaleceń lekarza.
14. Podczas przyjmowania leku Izotek® 20 mg oraz w okresie 1 miesiąca od zakończenia leczenia nie mogę być dawcą krwi, aby nie narażać ciężarnych kobiet, które mogłyby otrzymać tę krew, na ryzyko powstania wad rozwojowych u ich nienarodzonych dzieci. Nieprzestrzeganie tego zalecenia może skutkować konsekwencjami karnymi i odpowiedzialnością cywilną.
15. Nie wolno mi udostępniać leku Izotek® 20 mg innym osobom, nawet jeśli mają takie same objawy chorobowe.
16. Po zakończeniu leczenia jestem zobowiązana zwrócić niewykorzystane kapsułki do apteki, w celu ich utylizacji.

Data, miejsce, podpis pacjentki¹

.....

Niniejszym oświadczam, iż jestem przedstawicielem ustawowym wyżej wskazanej małoletniej pacjentki, zapoznałem się z powyższą informacją i wyrażam zgodę na rozpoczęcie przez pacjentkę kuracji lekiem Izotek® 20 mg.

Data, miejsce, podpis przedstawiciela ustawowego pacjentki²

.....

¹ dotyczy zarówno pacjentek pełno- jak i niepełnoletnich;

² dotyczy wyłącznie pacjentek niepełnoletnich

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. Ust. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.) niezbędnych do procesu prowadzenia leczenia lekiem Izotek® 20 mg.