

Toctino (alitretinoiini) Raskaudenehkäisyohjelma

Naispotilaiden kirjallinen vakuutus potilasinformaation vastaanottamisesta ja ymmärtämisestä

Potilas (vanhempi tai huoltaja) täyttää ja allekirjoittaa

Toctino-hoito aiheuttaa todennäköisesti vaikeita synnynnäisiä epämuodostumia lapselle, jos sitä käytetään raskauden aikana – vaikka vain pieniä määriä tai lyhytaikaisesti. Siksi on erittäin suuri vaara, että syntyvällä lapsellanne on vaikeita epämuodostumia:

- Jos olette raskaana, kun aloitatte Toctino-hoidon
- Jos tulette raskaaksi Toctino-hoidon aikana.
- Jos tulette raskaaksi 1 kuukauden kuluessa Toctino-hoidon päättymisestä.

Älkää allekirjoittako tätä vakuutusta älkääkään ottako Toctino-lääkettä, ellette ole täysin ymmärtänyt kaikkea tietoa, jota teille on annettu Toctino-valmisteen käytöstä.

Lääkärimini on kertonut minulle henkilökohtaisesti Toctino-hoidostani. Olemme muun muassa keskustelleet erityisesti seuraavista asioista, ja ne on selitetty minulle:

1. Ymmärrän, että Toctino kuuluu lääkeaineryhmään (retinoideihin), johon kuuluvien lääkkeiden tiedetään aiheuttavan vaikeita synnynnäisiä epämuodostumia, jos niitä käytetään raskauden aikana.
2. Ymmärrän, että en saa käyttää Toctino-lääkettä, jos olen raskaana tai jos voin tulla raskaaksi.
3. Ymmärrän, että minun on käytettävä yhtä tai mieluiten kahta erillistä tehokasta ehkäisymenetelmää vähintään yhden kuukauden ajan ennen hoidon aloittamista, koko hoitojakson ajan ja vähintään yhden kuukauden ajan hoidon päättymisen jälkeen.
4. Olen täysin tietoinen mahdolliseen ehkäisyntäyttöön liittyvistä riskeistä, jotka lääkäri on selittänyt minulle.
5. Suostun siihen, että kerron lääkäriminille kaikista muista lääkkeistä tai luontaistuotteista, joiden käyttöä suunnittelen Toctino-hoidon aikana, sillä tietyt lääkkeet tai luontaistuotteet, kuten mäkikuisma, voivat heikentää hormonaalisten ehkäisymenetelmien (esimerkiksi ehkäisytablettien) tehoa.
6. Ymmärrän, ettei minun pidä aloittaa Toctino-hoitoa, ennen kuin olen varma, että en ole raskaana, ja olen saanut raskaustestistä negatiivisen tuloksen.
7. Ymmärrän, että kuukauden välein tehtävät raskaustestit voivat olla välttämättömiä Toctino-hoidon aikana ja että lääkäri keskustelee tästä asiasta kanssani jokaisen seurantakäynnin yhteydessä.
8. Ymmärrän, että minulle on tehtävä raskaustesti 5 viikon kuluttua Toctino-hoidon päättymisestä.
9. Olen lukenut ja ymmärtänyt seuraavat tiedotteet, jotka lääkärimini on antanut minulle: Potilastiedote ja esite Tietoa raskauden ehkäisystä.
10. Ymmärrän, että minun on lopetettava Toctino-lääkkeen käyttö heti ja otettava yhteyttä lääkärimini, erikoislääkäriin tai terveyskeskukseen, jos tulen raskaaksi, kuukautiseni jäävät pois, lopetan ehkäisyntäyttö tai olen suojaamattomassa yhdynnässä Toctino-hoidon aikana tai yhden kuukauden aikana Toctino-hoidon lopettamisen jälkeen.
11. Ymmärrän, että jos tulen raskaaksi, lääkärimini saattaa lähettää minut synnynnäisiin epämuodostumiin perehtyneen erikoislääkäriin vastaanotolle tutkimuksia ja neuvontaa varten.

Lääkärimini on vastannut kaikkiin Toctino-hoitoa koskeviin kysymyksiini ja ymmärrän hoitoon liittyvät vaarat ja varotoimenpiteet, ja ne on selitetty minulle perusteellisesti.

Potilaan allekirjoitus: _____

Päiväys: _____

Potilaan nimi _____

(painokirjaimin)