

Allmänt formulär för godkännande

Isotretinoin Actavis (isotretinoin) 10 mg respektive 20 mg, mjuka kapslar
Förebyggande av graviditet och exponering av foster

Formuläret ska fyllas i och undertecknas av patienten (föräldrar eller vårdnadshavare) samt undertecknas av förskrivande läkare.

Patientens namn/identifiering:

(Texta)

Före behandlingen

Läs och markera varje punkt för att visa att du förstår och godkänner var och en av dem.
Underteckna inte formuläret och ta inte Isotretinoin Actavis om du har fler frågor.
Följ läkarens anvisningar.

- Jag har läst alla dokumenten som jag fått av min läkare och är införstådd med dessa, inklusive vägledningen för patienter.
- Jag är medveten om att jag inte får ge blod under behandlingen eller under den första månaden efter avslutad behandling. Om blodet ges till en gravid mottagare kan fostret skadas.
- Jag är införstådd med att jag inte ska ge läkemedlet till någon annan, och att oanvända eller utgångna läkemedel ska lämnas till apoteket för avfallshantering.
- Jag är införstådd med att jag kan använda Isotretinoin Actavis eftersom
- Jag har undertecknat den här blanketten om medgivande och är medveten om de skyddsåtgärder som jag måste vidta.
 - Min läkare har besvarat alla mina frågor.

Patientens underskrift _____ Datum _____

Föräldrars eller vårdnadshavares underskrift

_____ Datum _____

Jag har förklarat behovet av behandling med Isotretinoin Actavis för min patient samt riskerna med att ta Isotretinoin Actavis.

Läkarens underskrift _____ Datum _____