

Informerat samtycke för manliga patienter

Neotigason (acitretin) 10 mg respektive 25 mg, hårda kapslar Förebyggande av graviditet och exponering av foster

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

Patientens namn/identifiering:

(Texta)

Förskrivarens 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 Neotigason 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 patientguiden.
- Jag är medveten om att jag inte får ge blod under behandlingen eller under 3 år 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.

Min läkare har besvarat alla mina frågor om Neotigason och jag förstår riskerna och de preventiva åtgärder som måste tas och dessa har förklarats för mig.

Patientens signatur / Datum: _____ / _____

Föräldrars eller vårdnadshavares signatur / Datum: _____ / _____

Avslutad behandling (datum): _____

Blod får ej ges till (datum): _____

Patientens signatur / Datum: _____ / _____

Föräldrars eller vårdnadshavares signatur / Datum: _____ / _____

Läkarens signatur / Datum: _____ / _____