

# Vahvistuslomake miespuolisille potilaille

## Neotigason (asitreiini) 10 mg:n ja 25 mg:n kovat kapselit Raskauden- ja sikiöaikaisen altistuksen ehkäisy

Tämän lomakkeen täyttää ja allekirjoittaa potilas (ja vanhemmat tai laillinen huoltaja)  
ja allekirjoittaa lääkemääräyksen kirjoittanut lääkäri.

Potilaan nimi ja henkilötunnus:

(Täytä tekstaten)

Lääkärin nimi

(Täytä tekstaten)

### Ennen hoidon aloittamista

Vahvista, että ymmärrät ja hyväksyt alla olevat kohdat lukemalla ne ja rastittamalla ruutu.

**Älä allekirjoita tätä lomaketta tai ota Neotigason-valmistetta,  
jos sinulla on edelleen jotain kysyttävää.**

Noudata lääkärиси ohjeita.

- Olen lukenut ja ymmärtänyt kaikki asiakirjat, joita lääkäri on minulle antanut, potilaan opas mukaan lukien.
- Tiedän, että en voi luovuttaa verta hoidon aikana tai hoidon lopettamista seuraavan kolmen vuoden aikana, koska verta voitaisiin antaa raskaana olevalle naiselle ja tämä voisi aiheuttaa epämuodostumia sikiölle.
- Ymmärrän, että en saa koskaan antaa tätä lääkettä kenellekään toiselle henkilölle, vaan minun on palautettava mahdollisesti käyttämättä jääneet tai vanhentuneet lääkkeet apteekkiin hävitettäviksi.

**Lääkäri on vastannut kaikkiin kysymyksiini Neotigason-valmisteesta ja ymmärrän  
siihen liittyvät riskit ja ehkäisevät toimenpiteet, joita on täysin selitetty minulle.**

Potilaan allekirjoitus / Päivämäärä: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vanhempien tai laillisen huoltajan allekirjoitus / Päivämäärä: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hoido lopetettu (päivämäärä): \_\_\_\_\_

Verta ei saa luovuttaa (päivämäärään) asti: \_\_\_\_\_

Potilaan allekirjoitus / Päivämäärä: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vanhempien tai laillisen huoltajan allekirjoitus / Päivämäärä: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lääkärin allekirjoitus / Päivämäärä: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_