

# Vahvistuslomake naispotilaille

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

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

Potilaan nimi ja henkilötunnus:

(Täytä tekstaten)

Lääkärin nimi:

(Täytä tekstaten)

### Ennen hoidon aloittamista

Lääkäriini on henkilökohtaisesti kertonut minulle Neotigason-hoidosta. Seuraavista seikoista on keskusteltu erikseen ja ne on selvitetty minulle.

Osoita ymmärtäväsi ja hyväksyväsi kukin alla olevista kohdista lukemalla ne ja rastittamalla ruutu.

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

Noudata lääkärisi ohjeita

- Ymmärrän, että vauvallani on **erittäin korkea riski** saada **vakavia synnynnäisiä epämuodostumia**, jos olen raskaana tai tullen raskaaksi Neotigason-hoidon aikana tai kolmen vuoden sisällä hoidon lopettamisesta riippumatta annosmäärästä tai hoidon kestosta. Tämän vuoksi en saa tulla raskaaksi hoidon aikana tai hoidon lopettamista seuraavan kolmen vuoden aikana.
- Ymmärrän, että en saa käyttää Neotigason-valmistetta, jos olen raskaana.
- Ymmärrän, että en saa olla suojaamattomassa yhdynnässä Neotigason-hoidon aikana ja että minun on käytettävä kahta tehokasta ehkäisymenetelmää samaan aikaan. Ainoa poikkeus ovat potilaat, joilta kohtu on poistettu.
- Ymmärrän, että minun on käytettävä valittuja ehkäisymenetelmiä ainakin kuukauden ajan ennen hoidon aloittamista ja jatkettava näin keskeytyksettä koko hoidon ajan ja ainakin vielä kolmen vuoden ajan hoidon lopettamisen jälkeen.
- Ymmärrän, että ehkäisy voi pettää. Tämän takia, minun on käytettävä kahta eri ehkäisymenetelmää samanaikaisesti joka kerta kun olen yhdynnässä. Ainakin toisen käyttämistäni menetelmistä on oltava ns. ensisijainen ehkäisymenetelmä. Ensisijaisia ehkäisymenetelmiä ovat: kohdunsisäiset ehkäisyvalmisteet, hormonaaliset ehkäisyinjektiot, hormonaaliset ehkäisyimplantit, emättimeen sisään laitettavat hormonaaliset ehkäisyvalmisteet, yhdistelmäehkäisytabletit ja ehkäisyalaastarit (huolellisesti käytettyinä), sterilisaatio tai kumppanin vasektomia. Estemenetelmiä ovat: miesten kondomi, spermisidiä sisältävä pessaari.

- Suostun siihen, että minulle tehdään raskaustesti (vähimmäisherkkyyks on 25 mIU/ml) lääkärin ohjeen mukaan ennen hoidon aloittamista, kuukausittain hoidon aikana ja 1–3 kuukauden välein kolmen vuoden ajan hoidon lopettamisen jälkeen.
- Ymmärrän, etten saa ottaa Neotigason-valmistetta ennen kuin olen varma siitä, etten ole raskaana ja minulle tehty raskaustesti on ollut negatiivinen, mikäli raskaus on mahdollinen.
- Ymmärrän, että minun on välittömästi lopetettava Neotigason-valmisteen käyttö ja otettava yhteys lääkäriin, jos tulen raskaaksi, normaalit kuukautiseni jäävät tulematta, lopetan ehkäisymenetelmien käytön tai olen yhdynnässä käyttämättä kahta ehkäisymenetelmää Neotigason-hoidon aikana tai hoidon lopettamista seuraavan kolmen vuoden aikana.
- Ymmärrän, että minun on vältettävä alkoholin käyttöä (juomissa, ruuissa ja lääkevalmisteissa) hoidon aikana ja kahden kuukauden ajan hoidon lopettamisen jälkeen.
- Lupaen kertoa lääkärille kaikista lääkkeistä tai rohdosvalmisteista, joita käytän tai aion käyttää Neotigason-hoidon aikana, sillä ne voivat vaikuttaa valittujen ehkäisymenetelmien tehoon.
- 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, etten ikinä saa antaa tätä lääkettä muille, vaan palauttaa käyttämättä jääneet tai vanhentuneet lääkevalmisteet apteekkiin hävitettäväksi.
- Ymmärrän, että lääkärin on seurattava vointiani kuukausittain. Tulen siksi lääkärin vastaanotolle kerran kuussa (28 päivän välein) Neotigason-hoidon keston ajan ja muille mahdollisille vastaanottokäynneille hoidon lopettamisen jälkeen.

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

**Tiedän, että vastuullani on välttää raskaaksi tulemistä Neotigason-hoidon keston ajan ja hoidon lopettamista seuraavan kolmen vuoden ajan.**

Hoido aloitettu (päivämäärä): \_\_\_\_\_ Ehkäisy aloitettu (päivämäärä): \_\_\_\_\_

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

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

Olen selittänyt potilaalleni Neotigason-hoidon tarpeellisuuden sekä Neotigason-valmisteen käyttöön liittyvät riskit, etenkin raskauteen liittyen.

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

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

Ehkäisy on käytettävä ja verta ei saa luovuttaa (päivämäärään) asti: \_\_\_\_\_

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

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

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