

Yleinen vahvistuslomake

Isotretinoin Actavis (isotretinoiini) 10 mg:n ja 20 mg:n pehmeät kapselit
Raskauden ja sikiöaltistuksen ehkäisy

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

Potilaan nimi ja henkilötunnus: _____

(Täytä tekstaten)

Ennen hoidon aloittamista

Vahvista, että ymmärrät ja hyväksyt alla olevat kohdat lukemalla ne ja rastittamalla ruutu.
Älä allekirjoita tätä lomaketta tai ota Isotretinoin Actavis-valmistetta, jos sinulla on edelleen jotain kysyttävää.
Noudata lääkärin 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 kuukauden 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.
- Ymmärrän, että sovellun Isotretinoin Actavis-hoitoon seuraavista syistä:
- Olen allekirjoittanut tämän suostumuslomakkeen ja olen tietoinen varotoimista, joihin minun on ryhdyttävä.
 - Lääkäri on vastannut kaikkiin kysymyksiini.

Potilaan allekirjoitus _____ Päivämäärä _____

Vanhempien tai laillisen huoltajan allekirjoitus _____

Päivämäärä _____

Olen selittänyt potilaalleni Isotretinoin Actavis -hoidon tarpeellisuuden sekä sen käyttöön liittyvät riskit.

Lääkärin allekirjoitus _____ Päivämäärä _____