

ISOTRETINOÏNE BEVESTIGINGSFORMULIER VOOR VROUWELIJKE PATIËNTEN

Invullen en laten ondertekenen door patiënt zelf, ouders of voogd.

Middels ondertekening van dit bevestigingsformulier verklaart u dat

- u elk van de onderstaande punten hebt gelezen en begrijpt;
- dat u de risico's aanvaardt;
- dat u de benodigde voorzorgsmaatregelen in acht zult nemen die zijn verbonden aan een behandeling met isotretinoïne.

Lees elk van de onderstaande punten zorgvuldig door en onderteken dit formulier alleen als u elk punt volledig begrijpt en bereid bent de instructies van uw arts te volgen. Als dit formulier ondertekend moet worden door een ouder of voogd, dient ook hij/zij elk punt te lezen en te begrijpen alvorens een handtekening te zetten.

1. Ik begrijp dat er een zeer grote kans bestaat dat mijn ongeboren baby ernstige afwijkingen krijgt als ik zwanger ben of zwanger raak terwijl ik isotretinoïne gebruik. Om die reden mag ik niet zwanger zijn op het moment dat ik isotretinoïne gebruik;
2. Ik begrijp dat ik isotretinoïne niet moet gebruiken als ik zwanger ben;
3. Ik begrijp dat ik niet zwanger moet raken gedurende de duur van de behandeling en gedurende 1 maand nadat de behandeling met isotretinoïne is gestopt;
4. Ik begrijp dat ik tenminste 1 en bij voorkeur 2 effectieve anticonceptiemethoden moet gebruiken gedurende één maand voordat de behandeling begint, tijdens de behandeling en gedurende één maand nadat de behandeling is beëindigd. De enige uitzondering hierop is als mijn arts van mening is dat er geen kans op zwangerschap bestaat;
5. Ik begrijp dat geen enkele vorm van anticonceptie, hoe effectief ook, 100% veilig is en dat door twee methoden tegelijkertijd te gebruiken de kans op zwangerschap verkleind wordt.
6. Ik zal mijn arts informeren over medicijnen of homeopathische middelen die ik tijdens de behandeling met isotretinoïne gebruik omdat hormonale voorbehoedsmiddelen (zoals de pil) hun werking kunnen verliezen als ik bepaalde medicijnen of homeopathische middelen gebruik.

7. Ik begrijp dat ik geen recept voor isotretinoïne krijg, tenzij de zwangerschapstest die ik in de eerste drie dagen van mijn menstruatie laat uitvoeren, negatief is en ik deze test tijdens de laatste menstruatie voorafgaand aan het begin van de kuur heb laten uitvoeren. Mijn arts zal beslissen of er gedurende de behandeling met isotretinoïne nog verdere zwangerschapstesten moeten worden uitgevoerd. Ik moet ook een zwangerschapstest ondergaan vijf weken nadat de behandeling met isotretinoïne is gestopt.
8. Ik begrijp dat ik niet met de isotretinoïne behandeling moet beginnen totdat ik zeker weet dat ik niet zwanger ben en ik een negatieve uitslag heb van de zwangerschapstest.
9. Ik heb de brochures, die mijn voorschrijvend arts mij heeft gegeven, gelezen en ik begrijp de informatie die er in staat.
10. Ik begrijp dat ik onmiddellijk moet stoppen met het gebruik van isotretinoïne en onmiddellijk mijn arts dien te informeren als ik zwanger ben, een menstruatie oversla, stop met het gebruik van voorbehoedsmiddelen, of seks heb zonder een voorbehoedsmiddel te gebruiken. Ik begrijp dat mijn arts mij voor advies en controle kan doorverwijzen naar een specialist op het gebied van geboortefwijkingen als ik zwanger raak terwijl ik isotretinoïne gebruik.

Handtekening patiënt

Datum

Handtekening ouder/voogd (indien nodig)

Datum

De voorschrijvend arts heeft al mijn vragen over isotretinoïne beantwoord en ik aanvaard de risico's en voorzorgsmaatregelen die volledig aan mij zijn uitgelegd.

Naam patiënt (in blokletters)

Naam ouder/voogd (in blokletters)