

## OŚWIADCZENIE PACJENTKI LECZONEJ PREPARATEM ISODERM

Ja, niżej podpisana (czytelne imię i nazwisko pacjentki)

.....  
Data urodzenia:

.....  
Adres: .....

.....  
**Oświadczam, że zostałam dokładnie poinformowana przez lekarza prowadzącego terapię**

Dr.....  
o możliwości wystąpienia następujących efektów niepożądanych w trakcie leczenia preparatem Isoderm oraz do jednego miesiąca po zakończeniu kuracji:

1. Rozpoczynając leczenie preparatem Isoderm pacjentka nie może być w ciąży.
2. W przypadku jeśli pacjentka będzie w ciąży, zajdzie w ciążę w trakcie leczenia preparatem Isoderm lub w ciągu jednego miesiąca po zakończeniu terapii, istnieje duże prawdopodobieństwo wystąpienia poważnego uszkodzeniu płodu.
3. Z wyżej wymienionego powodu pacjentkom nie wolno zająć w ciążę w trakcie leczenia preparatem Isoderm lub w ciągu jednego miesiąca po jego zakończeniu.
4. Zostałam poinformowana przez lekarza o zagrożeniu powstającym w przypadku zajścia w ciążę podczas leczenia i do 1 miesiąca po zakończeniu leczenia preparatem Isoderm.
5. Zostałam ostrzeżona o możliwości nieskuteczności antykoncepcji.
6. Rozumiem przekazane mi informacje.
7. Jestem zdolna do stosowania skutecznej metody antykoncepcji ściśle według zaleceń lekarza prowadzącego.
8. Zobowiązuję się stosować skuteczne postępowanie zapobiegające ciąży nieprzerwanie przez 1 miesiąc przed rozpoczęciem leczenia, podczas leczenia oraz przez 1 miesiąc po zakończeniu terapii.
9. Przed rozpoczęciem leczenia muszę 2-krotnie przeprowadzić test ciążowy pod kontrolą lekarza: pierwszy raz przed rozpoczęciem stosowania antykoncepcji i ponownie, po 4 tygodniach, bezpośrednio przed rozpoczęciem przyjmowania leku Isoderm.
10. Wiem, że zaleca się comiesięczne wykonywanie testów ciążowych.
11. W przypadku ponownego rozpoczęcia leczenia zobowiązuję się nieprzerwanie stosować te same skuteczne metody zapobiegania ciąży przez okres 1 miesiąca przed leczeniem, podczas leczenia i 1 miesiąc po jego zakończeniu oraz prowadzić kontrolę za pomocą testu ciążowego.
12. Rozumiem konieczność zachowania środków ostrożności i potwierdzam ich zrozumienie oraz gotowość przestrzegania skutecznych metod zapobiegania ciąży.
13. Potwierdzam, że otrzymałam dokładne informacje na temat leczenia preparatem Isoderm, potencjalnego ryzyka wystąpienia działań niepożądanych oraz zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania zaleceń lekarza.

*Data, miejsce, podpis pacjenta\**

.....  
Niniejszym oświadczam, iż jestem przedstawicielem ustawowym wyżej wskazanej małoletniej pacjentki, zapoznałem się z powyższą informacją i wyrażam zgodę na rozpoczęcie przez pacjentkę kuracji preparatem Isoderm

*Data, miejsce, podpis przedstawiciela ustawowego pacjentki\*\**

.....  
\* dotyczy zarówno pacjentek pełno- jak i niepełnoletnich; \*\* dotyczy wyłącznie pacjentek niepełnoletnich

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. Ust. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.) niezbędnych do procesu prowadzenia leczenia preparatem Isoderm.