

Formularz potwierdzający

EGZEMPLARZ
DLA LEKARZA

Imię i nazwisko pacjenta

Własnoręcznym podpisem potwierdza Pan, że przeczytał i zrozumiał punkty wymienione poniżej oraz akceptuje ryzyko i wymagane środki ostrożności związane z przyjmowaniem leku **Acitren**. **Proszę przeczytać dokładnie punkty od 1 do 4 i podpisać ten formularz, tylko jeśli zrozumiał Pan wszystkie punkty.** W przypadku, gdy potwierdzenie to musi podpisać rodzic lub opiekun prawny, konieczne jest, aby także przeczytał i zrozumiał ten tekst przed podpisaniem.

1. Wiem, że nie wolno mi oddawać krwi **podczas** przyjmowania leku **Acitren** oraz **przez rok po jego zakończeniu** w celu uniknięcia narażenia kobiet w ciąży oraz ich nienarodzonych dzieci, które mogą otrzymać tę krew. Zasada ta jest mi znana i będę jej przestrzegać. W szczególności jestem świadomy, że muszę spodziewać się odpowiedzialności prawnej, jeśli naruszę ten wymóg.
2. W oparciu o znane mi potencjalne ryzyko stosowania acytertyny, **nie będę przekazywał leku Acitren innym osobom**, niezależnie od tego, czy mają takie same objawy jak ja i (lub) czy są członkami rodziny.
3. Zobowiązuję się do **zwrócenia nieużytych kapsułek leku Acitren** do apteki w celu ich utylizacji natychmiast po zakończeniu leczenia.
4. W przypadku wystąpienia poważnych działań niepożądanych wymienionych w ulotce informacyjnej lub w broszurze informacyjnej dla pacjenta, natychmiast poinformuję lekarza prowadzącego.

Mój lekarz prowadzący _____ poinformował mnie w pełni oraz udzielił odpowiedzi na wszystkie moje pytania dotyczące leku Acitren. Akceptuję ryzyko i związane z nim środki ostrożności, które zostały mi szczegółowo wyjaśnione.

Deklaruję własnoręcznym podpisem, że zrozumiałem informacje zwarte w punktach od 1 do 4 oraz że będę postępował zgodnie z nimi.

data

Podpis pacjenta

data

Podpis rodziców / opiekunów prawnych (jeśli wymagane)

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

Formularz potwierdzający

EGZEMPLARZ
DLA PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

Własnoręcznym podpisem potwierdza Pan, że przeczytał i rozumiał punkty wymienione poniżej oraz akceptuje ryzyko i wymagane środki ostrożności związane z przyjmowaniem leku **Acitren**. **Proszę przeczytać dokładnie punkty od 1 do 4 i podpisać ten formularz, tylko jeśli zrozumiał Pan wszystkie punkty.** W przypadku, gdy potwierdzenie to musi podpisać rodzic lub opiekun prawny, konieczne jest, aby także przeczytał i rozumiał ten tekst przed podpisaniem.

1. Wiem, że nie wolno mi oddawać krwi **podczas** przyjmowania leku **Acitren** oraz **przez rok po jego zakończeniu** w celu uniknięcia narażenia kobiet w ciąży oraz ich nienarodzonych dzieci, które mogą otrzymać tę krew. Zasada ta jest mi znana i będę jej przestrzegać. W szczególności jestem świadomy, że muszę spodziewać się odpowiedzialności prawnej, jeśli naruszę ten wymóg.
2. W oparciu o znane mi potencjalne ryzyko stosowania acytertyny, **nie będę przekazywał leku Acitren innym osobom**, niezależnie od tego, czy mają takie same objawy jak ja i (lub) czy są członkami rodziny.
3. Zobowiązuję się do **zwrócenia nieużytych kapsułek leku Acitren** do apteki w celu ich utylizacji natychmiast po zakończeniu leczenia.
4. W przypadku wystąpienia poważnych działań niepożądanych wymienionych w ulotce informacyjnej lub w broszurze informacyjnej dla pacjenta, natychmiast poinformuję lekarza prowadzącego.

Mój lekarz prowadzący _____ poinformował mnie w pełni oraz udzielił odpowiedzi na wszystkie moje pytania dotyczące leku Acitren. Akceptuję ryzyko i związane z nim środki ostrożności, które zostały mi szczegółowo wyjaśnione.

Deklaruję własnoręcznym podpisem, że zrozumiałem informacje zwarte w punktach od 1 do 4 oraz że będę postępował zgodnie z nimi.

data

Podpis pacjenta

data

Podpis rodziców / opiekunów prawnych (jeśli wymagane)

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