

Program Prevencie tehotenstva Thalidomide BMS (talidomid) pre ženy, ktoré môžu otehotnieť

Formulár na začatie liečby

Tento formulár na začatie liečby sa musí vyplniť pre každú pacientku, ktorá môže otehotnieť, predtým, ako začne užívať liek Thalidomide BMS. **Tento formulár sa musí uchovávať v zdravotnej dokumentácii pacientky spolu s jej lekárskymi záznamami a pacientka dostane jeho kópiu.**

Účelom tohto formulára je chrániť pacientov a prípadné nenarodené deti a zaistiť, že pacienti sú plne informovaní a rozumejú riziku teratogenicity a iným nežiaducim účinkom spojeným s užívaním lieku Thalidomide BMS. Nie je to zmluva a nikoho nezbavuje zodpovednosti za bezpečné užívanie tohto lieku a za prevenciu fetálnej expozície.

Upozornenie: Talidomid je silný ľudský teratogén, ktorý spôsobuje veľmi často závažné a život ohrozujúce vrodené chyby. Talidomid nikdy nesmú užívať tehotné ženy alebo ženy, ktoré by mohli otehotnieť, pokiaľ nie sú splnené všetky podmienky Programu prevencie tehotenstva. Všetci pacienti aj pacientky musia splniť podmienky Programu prevencie tehotenstva.

Ak sa Thalidomide BMS užíva počas tehotenstva, môže spôsobiť závažné vrodené chyby alebo smrť nenarodeného dieťaťa.

Meno pacientky		Dátum narodenia, vek alebo veková skupina	
Dátum poradenstva			

POTVRDENIE LEKÁRA:

Hore menovanej pacientke som podrobne vysvetlil charakter liečby, jej zmysel a riziko spojené s užívaním lieku Thalidomide BMS, najmä riziká pre ženy, ktoré môžu otehotnieť. Ako lekár predpisujúci Thalidomide BMS akceptujem všetky povinnosti a záväzky.

Meno lekára		Dátum	
Podpis lekára			

PACIENTKA:

Prosím, starostlivo si prečítajte a označte použitím "X" príslušné okienko formulára, ak súhlasíte s týmto výrokom:

Som si vedomá toho, že pri užívaní lieku Thalidomide BMS sa môžu vyskytnúť závažné vrodené chyby plodu. Môj lekár ma upozornil, že každé nenarodené dieťa má vysoké riziko vrodených chýb a dokonca môže zomrieť, ak je žena tehotná alebo otehotnie počas užívania lieku Thalidomide BMS.	
Som si vedomá toho, že nesmiem užívať Thalidomide BMS ak som tehotná alebo plánujem otehotnieť.	
Som si vedomá toho, že musím bez prerušenia používať aspoň jednu účinnú metódu antikoncepcie už 4 týždne pred začiatkom liečby, počas celej liečby a dokonca počas prerušenia liečby a najmenej 4 týždne po jej skončení.	
Som si vedomá toho, že ak potrebujem zmeniť alebo prestať užívať antikoncepciu, najskôr sa o tom poradím so <ul style="list-style-type: none">• svojím gynekológom• svojím lekárom predpisujúcim mi Thalidomide BMS	
Som si vedomá toho, že pred začiatkom liečby Thalidomidom BMS si musím urobiť tehotenský test. Súhlasím, že sa podrobím tehotenským testom každé 4 týždne počas liečby a aspoň 4 týždne po skončení liečby.	
Som si vedomá toho, že musím okamžite prestať užívať Thalidomide BMS a informovať svojho lekára, ak otehotniem počas užívania tohto lieku; ak nedostanem menštruáciu alebo budem mať nejaké nezvyčajné menštruačné krvácanie; alebo ak si z akéhokoľvek dôvodu myslím, že môžem byť tehotná.	
Som si vedomá toho, že Thalidomide BMS bol predpísaný IBA mne osobne, a že ho nesmiem dať NIKOMU inému.	
Prečítala som si a porozumela som Príručke pre pacientov, vrátane informácií o možných ďalších vedľajších účinkoch lieku Thalidomide BMS.	
Viem, že počas liečby Thalidomidom BMS a aspoň 7 dní po jej skončení nemôžem darovať krv.	
Som si vedomá toho, že všetky nespotrebované kapsuly Thalidomidu BMS musím po skončení liečby vrátiť do lekárne.	

POTVRDENIE PACIENTKY:

Potvrdzujem, že som porozumela a splním požiadavky Programu prevencie tehotenstva pre Thalidomide BMS a súhlasím, aby ma môj lekár mohol začať liečiť liekom Thalidomide BMS.

Podpis pacientky	
Dátum	