

5) Дека thalidomide се наоѓа во семената течност, па затоа е потребно да се користат презервативи ако сексуалната партнерка е бремена или жена со потенцијал за раѓање која не користи ефикасна контрацепција (дури и ако мажот имал вазектомија) во текот на целиот третман, за време на прекин на дозата и најмалку 7 дена по завршување на третманот?	
6) Дека ако неговата партнерка забремени, треба веднаш да го извести својот лекар кој го пропишува лекот, неговата партнерка треба да биде упатена кај лекар специјализиран или искусен во тератологија за евалуација и совет и секогаш да користи презерватив?	
7) Дека не треба да донира сперма за време на третманот (вклучително и за време на прекините на дозата) и најмалку 7 денови по завршување на терапијата со thalidomide?	

Превенција на бременост

Пациентот потврдува дека:

	Означете
Ќе користи презерватив за време на сексуален однос со жена со репродуктивен потенцијал.	
Неговата партнерка користи ефикасен метод за спречување бременост.	
Неговата партнерка не е со репродуктивен потенцијал.	
Посветен е на целосна и апсолутна апстиненција.	

Потврда од лекарот што пропишува

Целосно му ги објаснив на пациентот наведеа погоре, природата, целта и ризиците од третманот поврзан со thalidomide, особено ризиците за жените со репродуктивен потенцијал.

Ќе ги почитувам сите мои обврски и одговорности како лекар кој го пропишува лекот thalidomide.

Име на лекарот што пропишува лекови:

--

Презиме на лекарот што пропишува лекови:

--

Потпис на лекарот што го пропишува лекот:	Датум:
---	--------

Пациент: Ве молиме внимателно прочитајте и ставете ги иницијалите во соседното поле доколку се согласувате со изјавата.

	Иницијали на пациентот
Разбирам дека со употребата на thalidomide може да се појават тешки вродени дефекти. Лекарот што ми го пропиша лекот ме предупреди дека секое неродено бебе има висок ризик од вродени дефекти и дури може да умре ако жената е бремена или забремени додека зема thalidomide.	
Разбирам дека thalidomide преминува во човечката семена течност. Доколку мојата партнерка е бремена или може да забремени, а не користи ефикасна контрацепција, морам да користам презервативи во текот на целиот третман, за време на прекините на дозите и најмалку 7 дена откако ќе престанам со thalidomide, дури и ако сум имал вазектомија.	
Разбирам дека морам веднаш да го известам мојот лекар ако мислам дека мојата партнерка може да е бремена додека земам thalidomide или во рок од 7 дена откако ќе престанам да земам thalidomide, а мојата партнерка треба да биде упатена кај лекар специјализиран или искусен во тератологија за евалуација и совет.	



Разбирам дека thalidomide ќе ми биде пропишан САМО мене. Не смеам да го споделувам со НИКОГО.	
Го прочитав Информативниот водич за пациенти кои употребуваат thalidomide и ја разбирам неговата содржина, вклучувајќи ги и информациите за други можни важни здравствени проблеми (несакани ефекти) поврзани со употребата на thalidomide.	
Знам дека не можам да донирам крв додека земам thalidomide (вклучувајќи ги и прекините на дозата) и најмалку 7 дена по завршување на третманот.	
Разбирам дека морам да ги вратам сите неискористени таблети thalidomide во мојата аптека на крајот од третманот.	
Информиран сум за ефикасните методи на контрацепција што може да ги користи мојата партнерка.	
Знам дека не смеам да донирам семена течност или сперма додека го земам лекот thalidomide, за време на прекини во дозите и најмалку 7 дена по завршување на третманот.	

Потврда од пациентот

Потврдувам дека ги разбирам и ќе ги почитувам барањата на Програмата за превенција на бременост при употреба на thalidomide и се согласувам мојот лекар да го започне мојот третман со thalidomide.

Разбирам дека за да добијам thalidomide како дел од медицинската нега и третман што ги добивам, моите лични податоци ќе бидат собрани и обработени од здравствената установа што ме лекува и надлежниот Носител на одобрение за ставање во промет (т.е. добавувачот на thalidomide). Понатаму разбирам дека моите лични податоци ќе бидат обработени и чувани во согласност со важечките закони и прописи.

Потпис на пациентот:	
----------------------	--

Датум:			
--------	--	--	--

Изјава на толкувачот (доколку е соодветно)

Горенаведените информации му ги протолкував на пациентот/родителот најдоброто што можев и на начин на кој верувам дека таа/тој/тие можат да разберат. Таа/тој/тие се согласуваат да ги следат потребните мерки на претпазливост за да спречат неродено дете да биде изложено на thalidomide.



Потпис на толкувачот:		Име и презиме: (Со големи печатни букви)	
-----------------------	--	---	--

Датум:			
--------	--	--	--

За повеќе информации, ве молиме погледнете го Збирниот извештај за карактеристиките на лекот достапен на веб-страницата на Агенцијата <https://malmed.gov.mk/регистар-на-лекови/> или побарајте го од носителот на одобрението за ставање на лекот во промет.