

| | |
|--|--|
| 3) За потребата да се избегнува thalidomide за време на бременоста и да се применуваат ефикасни контрацептивни мерки без прекин, најмалку 4 недели пред почетокот на третманот, во текот на целото времетраење на третманот и најмалку 4 недели по завршувањето на третманот? | |
| 4) Дека ако треба да го промени или да престане да го користи својот метод на контрацепција, треба да го информира: а) лекарот што ѝ ја пропишува контрацепцијата дека зема thalidomide? б) лекарот што ѝ го пропишува thalidomide дека го прекинала или го променила својот метод на контрацепција? | |
| 5) За потребата од тестови за бременост (т.е. пред третман) најмалку на секои 4 недели за време на третманот и по завршување на третманот? | |
| 6) За потребата веднаш да се прекине употребата на thalidomide при сомневање за бременост? | |
| 7) За потребата веднаш да се контактира лекарот што го пропишува лекот при сомневање за бременост? | |
| 8) Да не го споделува лекот со која било друга личност? | |
| 9) Дека не треба да донира крв за време на третман (вклучувајќи за време на прекините на дозата) и најмалку 7 денови по завршување на терапијата со thalidomide? | |
| 10) Дека треба да ги врати неискористените таблети кај фармацевтот на крајот од третманот? | |

Можете ли да потврдите дека вашата пациентка

| | | |
|---|----|----|
| 1) Била упатена на консултација за контрацепција, доколку е потребно? | Да | Не |
| 2) Е во состојба да се придржува кон контрацептивните мерки? | Да | Не |
| 3) Се согласила да се подложи на тест за бременост најмалку во интервали од 4 недели, освен ако не се потврди стерилизација на јајцеводите? | Да | Не |
| 4) Имала негативен тест за бременост пред да се започне со третман, дури и ако апсолутна и продолжена апстиненција? | Да | Не |

Упатување за контрацепција (доколку е одговорено со „Да“ на прашањето 1 погоре)

| | | | |
|--|--|--|--|
| Упатување за контрацепција направено на: | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| Консултација за контрацепција спроведена на: | | | |
|--|--|--|--|

Превенција на бременост

Пациентката е на едно од следниве најмалку 4 недели:

| | Означете |
|--|----------|
| Имплант | |
| Интраутериниот систем (IUS) што ослободува levonorgestrel | |
| Депо на medroxyprogesterone acetate | |
| Стерилизација на јајцеводи | |
| Сексуален однос само со машки партнер кој подлежел на вазектомија; вазектомијата мора да биде потврдена со две негативни анализи на спермата | |
| Таблети за инхибиција на овулација само за прогестерон (т.е. desogestrel) | |
| Посветена на целосна и апсолутна апстиненција | |

Тест за бременост

| | | |
|---|--|--|
| Датум на последниот негативен тест за бременост, пред почетокот на третманот: | | |
|---|--|--|



| | |
|--|--|
| Го прочитав Информативниот водич за пациенти кои употребуваат thalidomide и ја разбираам 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. | |
| Разбирам дека дури и ако имам аменореја, морам да се придржувам до советите за контрацепција. | |

Потврда од пациентката

Потврдувам дека ги разбираам 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 разбираам дека моите лични податоци ќе бидат обработени и чувани во согласност со важечките закони и прописи.

| | |
|------------------------|--|
| Потпис на пациентката: | |
|------------------------|--|

| | | | |
|--------|--|--|--|
| Датум: | | | |
|--------|--|--|--|

Изјава на толкувачот (доколку е соодветно)

Горенаведените информации им ги протолкував на пациентката/родителот најдобро 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.

