

ОБРАЗЕЦ ЗА СОГЛАСНОСТ НА ПАЦИЕНТ КОЈ КОРИСТИ LENALIDOMID ▼

▼ Овој лек е под дополнително следење. Со тоа се овозможува брзо откривање на нови безбедносни информации. Од здравствените работници се бара да го пријават секој сомнеж на несакани реакции од овој лек. Упатството за пријавување е достапно на <https://malmed.gov.mk/>

Овој Образец за согласност на пациентот се исполнува заеднички од страна на пациентот и преписувачот на лекот кој содржи леналидомид.

Со исполнување и потпишување лекарот преписувач потврдува дека го/ја информирал пациентот/ката за ризиците од употребата на Леналидомид Тева, дека пациентот/ката ги разбрал/а и дека го/ја упатил пациентот/ката кои постапки треба да ги спроведе. Исто така, Образецот служи за евидентирање на спроведувањето на Програмата за превенција на бременост.

Со исполнување и потпишување пациентот/ката потврдува дека е информиран/а за ризиците од примената на Леналидомид Тева, дека ги разбира и дека е упатен/а како понатаму да постапува.

Еден примерок од Образецот треба да се даде на пациентот/ката, а еден примерок треба да се задржи во медицинската документација на пациентот/ката.

Да се пополни со ПЕЧАТНИ БУКВИ.



ДЕЛ А (пополнуваат сите пациенти)

- Мојот лекар ми ги објасни и ги разбрав можните ризици и можните бенефити поврзани со леналидомид.
- Имав прилика да поставувам прашања и ги разбрав одговорите на тие прашања.
- Го примив, прочитав и го разбрав „Водичот со важни информации за пациентите“ за лекот леналидомид.
- Разбирам дека леналидомид ми е препишан мене лично и дека не смеам да го споделам со други, дури и ако боледуваат од истата болест како мене. Леналидомид морам да го чувам на места недостапни за деца.
- Сите неупотребени капсули ќе ги вратам кај својот фармацевт или лекар.
- Нема да дарувам крв во тек на лекувањето и една седмица по прекинот на лекувањето.

Место

Датум

Потпис пациент

ДЕЛ Б (пополнуваат само пациентки на репродуктивна возраст, што се утврдува од страна на лекар)

- Разбирам дека леналидомид е штетен за нероденото дете.
- Ќе применувам ефикасна контрацепција 4 седмици пред почетокот на лекувањето, во тек на прекинот на лекувањето, во тек на целокупното траење на лекувањето, како и 4 седмици по завршување на лекувањето или потврдувам дека нема да имам никакви сексуални активности.
- Дури и ако немам месечни циклуси во тек на лекувањето и понатаму ќе се придржувам на горенаведените барања во врска со контрацепцијата.
- Согласно сум да спроведувам тестови за бременост на секои 4 седмици, освен ако мојот лекар потврди дека имам подврзување на јајководите.
- Ако Леналидомид Тева не добијам од својот лекар, ќе направам се што можам да го однесам рецептот во аптека во тек на еден работен ден од моментот кога ќе го добијам рецептот од својот лекар.
- Во случај да забременам во тек на лекувањето (или во периодот од 4 седмици по завршување на лекувањето), ќе престанам да го користам Леналидомид Тева и веднаш ќе се јавам кај својот лекар.

Место

Датум

Потпис пациентка



ДЕЛ Ц (пополнуваат машки пациенти)

- Разбирам дека леналидомид е штетен за нероденото дете.
- Согласен сум да употребувам презервативи (дури и ако ми е извршена вазектомија) во тек на лекувањето, во тек на прекините на лекувањето, како и една седмица по престанок на лекувањето, ако мојата партнерка е бремена или има репродуктивен потенцијал, а не применува ефикасна контрацепција.
- Ако мојата партнерка забремени во тек на моето лекување со Леналидомид Тева, ќе ја советувам веднаш да побара совет од лекар.

_____ , _____
Место

Датум

Потпис пациент

ДЕЛ Д (Лекар препишувач)

Потврдувам дека ги објаснив на пациентот/ката можните бенефити и можните ризици од лекувањето, вклучително и потребата за придржување на Програмата за превенција од бременост.

_____ , _____
Место

Датум

Потпис лекар

