

TOCTINO - Program prevence těhotenství

Formulář potvrzení pro pacientky. Vyplní a podepíše pacientka (rodič nebo zákonný zástupce).

Je velice pravděpodobné, že přípravek Toctino způsobuje závažné vrozené vady u nenarozeného dítěte, pokud je používán, v průběhu těhotenství a to i ve velmi malém množství.

Existuje **velmi vysoké riziko**, že se Vám narodí vážně postižené dítě:

- jste-li těhotná před začátkem užívání přípravku Toctino.
- pokud otěhotníte v průběhu užívání přípravku Toctino.
- pokud otěhotníte do jednoho měsíce poté, co skončíte léčbu přípravkem Toctino.

Tento formulář nepodepisujte a neužívejte přípravek Toctino, pokud nerozumíte jakékoli z informací, které jste o něm obdržela.

Můj lékař mi osobně vysvětlil léčbu přípravkem Toctino. Informace shrnuté do následujících bodů, spolu s dalšími, se mnou byly prodiskutovány a byly mi vysvětleny:

1. Beru na vědomí, že přípravek Toctino patří do skupiny léčiv (retinoidy), o kterých je známo, že způsobují vážné vrozené vady, jsou-li užívány v průběhu těhotenství.
2. Beru na vědomí, že nesmím užívat přípravek Toctino, pokud jsem těhotná, nebo pokud mohu otěhotnět.
3. Beru na vědomí, že musím používat 2 různé druhy účinné antikoncepce po dobu alespoň jednoho měsíce před začátkem léčby, v průběhu léčby a po dobu alespoň jednoho měsíce po ukončení léčby.
4. Jsem si plně vědoma rizika možného selhání antikoncepce, tak, jak mi ho vysvětlil můj lékař.
5. Souhlasím s tím, že sdělím svému lékaři informace o všech léčivech nebo bylinných přípravcích, které budu užívat / používat v průběhu léčby přípravkem Toctino, protože účinnost hormonální antikoncepce (např. orální antikoncepce) může být snížena při současném užívání některých léčiv nebo bylinných přípravků, jako např. třezalky.
6. Beru na vědomí, že bych neměla začít užívat přípravek Toctino, pokud si nejsem jistá, že nejsem těhotná a dokud jsem nepodstoupila těhotenský test s negativním výsledkem.
7. Beru na vědomí, že v průběhu léčby přípravkem Toctino je možné, že budu muset podstoupit měsíční těhotenské testy a že můj lékař se mnou o tom bude hovořit při každé kontrole.
8. Beru na vědomí, že budu muset podstoupit těhotenský test 5 týdnů po skončení léčby přípravkem Toctino.
9. Seznámila jsem se s následujícími materiály, které mi poskytl můj lékař: **Informační brožura pacienta a Brožura o antikoncepci.**
10. Beru na vědomí, že musím okamžitě přestat užívat přípravek Toctino a kontaktovat lékaře, pokud otěhotním, nedostaví se mi menstruace, přestanu používat antikoncepci, nebo pokud jsem měla pohlavní styk bez antikoncepce v průběhu léčby přípravkem Toctino nebo v době jednoho měsíce po skončení léčby přípravkem Toctino.
11. Beru na vědomí, že pokud otěhotním, můj lékař mě může poslat k odborníkovi, který se specializuje nebo má zkušenosti s vrozenými vadami kvůli vyhodnocení a doporučení.

Můj lékař zodpověděl všechny moje otázky týkající se přípravku Toctino a já rozumím všem rizikům a příslušným bezpečnostním opatřením, které mi byly plně vysvětleny.

Podpis pacientky _____

Datum _____

Jméno pacientky (tiskacím písmem) _____