Informed Consent Isotretinoïne

Lees het formulier goed door en teken dit formulier niet als u nog twijfelt en neem Isotretinoïne dan ook niet in.
Volg tijdens de behandeling altijd de adviezen van uw arts op.
Plaats voor elk onderdeel uw initialen en onderaan uw handtekening (als u onder de 16 jaar bent, moet een ouder of voogd het formulier mede-ondertekenen).

Naam van de patiënt _____

Geboortedatum _____

Verklaring

1. Ik begrijp dat als ik zwanger word tijdens de behandeling met Isotretinoïne er een groot risico is dat er ernstige misvormingen optreden bij de baby, onafhankelijk van de dosering of van hoe lang de behandeling duurt. Daarom moet ik ervoor zorgen dat ik niet zwanger word tijdens de behandeling of tijdens de eerste maand na het stoppen met de behandeling.
2. Ik weet dat ik Isotretinoïne niet mag innemen als ik zwanger ben.
3. Ik begrijp dat ik onbeschermde geslachtsgemeenschap moet vermijden tijdens de behandeling met Isotretinoïne en dat ik minstens 1 en bij voorkeur 2 anticonceptiemethoden tegelijk moet gebruiken. De enige uitzondering hierop is als mijn baarmoeder is verwijderd.
4. Ik ben op de hoogte van de beschikbare anticonceptiemethoden en zal minstens 1 en bij voorkeur 2 methoden gebruiken, waarvan 1 een zogenaamde barrièremethode is.
5. Ik begrijp dat ik 1 maand voordat de behandeling met Isotretinoïne start met de afgesproken antieconceptiemethode(n) moet beginnen.
6. Ik begrijp dat ik niet kan beginnen met de behandeling met Isotretinoïne totdat ik er zeker van ben dat ik niet zwanger ben en de zwangerschapstest negatief was.
7. Ik begrijp dat ik onmiddellijk met Isotretinoïne moet stoppen en contact moet opnemen met mijn arts als:
   • ik zwanger ben.
   • ik tijdens de gebruikelijke menstruatieperiode niet menstrueer.

• ik stop met het gebruik van anticonceptie, of
• als ik geslachtsgemeenschap heb zonder anticonceptie te gebruiken tijdens de behandeling met Isotretinoïne of tijdens de maand nadat de behandeling is gestopt.

8. Ik weet dat ik geen bloed mag geven tijdens de behandeling en tijdens de eerste maand na het stoppen van de behandeling, omdat als dit bloed wordt gegeven aan een zwangere vrouw er ernstige misvormingen bij de baby kunnen optreden.
9. Ik begrijp dat ik Isotretinoïne mag gebruiken omdat:
   • mijn zwangerschapstest voorafgaand aan de behandeling negatief was en ik tijdens de behandeling elke maand een zwangerschapstest wil ondergaan, waarvan de uitslag negatief dient te zijn.
   • ik minstens 1 maar bij voorkeur 2 anticonceptiemethoden tegelijk gebruik (waarvan in ieder geval 1 een barrièremethode is) en ik minstens 1 maand voordat de behandeling start begin om ze te gebruiken.
   • ik dit Informed Consent Formulier heb ondertekend en mij bewust ben van de voorzorgen die ik moet nemen.

Mijn arts heeft al mijn vragen beantwoord en ik weet dat het mijn verantwoordelijkheid is om niet zwanger te raken tijdens de behandeling met Isotretinoïne of tijdens de eerste maand na het stoppen van de behandeling.

Handtekening van de patiënt

_____

Datum _____

Handtekening van een ouder of voogd (als de patiënt jonger is dan 16 jaar)

_____

Datum _____