

Έντυπο Γνωστοποίησης Κινδύνου – Θεραπεία με βαλπροϊκό σε γυναίκες ασθενείς

A. Κατάλογος ελέγχου για τους Συνταγογράφους

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς / φροντιστή:

Επιβεβαιώνω ότι η ανωτέρω αναφερόμενη ασθενής δεν ανταποκρίνεται επαρκώς ή δεν ανέχεται άλλες θεραπείες ή θεραπευτικές αγωγές και χρήζει χορήγησης βαλπροϊκού

Έχω συζητήσει με την προαναφερόμενη Ασθενή / τον φροντιστή σχετικά με:

Τους συνολικούς κινδύνους από την περίπου 10% πιθανότητα εμφάνισης συγγενών δυσπλασιών και την μέχρι 30-40% πιθανότητα εμφάνισης ενός ευρέος φάσματος πρώιμων αναπτυξιακών προβλημάτων που μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικές μαθησιακές δυσκολίες σε παιδιά που έχουν εκτεθεί σε θεραπεία με βαλπροϊκό κατά τη διάρκεια της κύησης.

Το ότι ο ατομικός κίνδυνος μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με τη χρήση της ελάχιστης αποτελεσματικής δόσης

Την ανάγκη για αντισύλληψη (εάν η γυναίκα βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία)

Την ανάγκη για τακτική αναθεώρηση της θεραπευτικής αγωγής

Την ανάγκη για επείγουσα συμβουλή εάν η ασθενής προγραμματίζει μια εγκυμοσύνη

Χορήγησα στην ασθενή/στον φροντιστή ένα αντίγραφο του Φυλλαδίου Ενημέρωσης Ασθενούς

Όνοματεπώνυμο του Συνταγογράφοντα Ιατρού

Υπογραφή

Ημερομηνία

B. Κατάλογος Ελέγχου της Ασθενούς / του Φροντιστή

Εγώ, η κάτωθι υπογεγραμμένη, κατανοώ

Το λόγο που θεωρείται απαραίτητη για εμένα η θεραπεία με βαλπροϊκό αντί για άλλο φάρμακο

Τους συνολικούς κινδύνους από την περίπου 10% πιθανότητα εμφάνισης συγγενών δυσπλασιών και την μέχρι έως 30-40% πιθανότητα εμφάνισης ενός ευρέος φάσματος πρώιμων αναπτυξιακών προβλημάτων που μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικές μαθησιακές δυσκολίες σε παιδιά που έχουν εκτεθεί σε θεραπεία με βαλπροϊκό κατά τη διάρκεια της κύησης.

Ότι μου έχουν συστήσει να χρησιμοποιώ αντισύλληψη εάν δεν προγραμματίζω εγκυμοσύνη

Ότι η θεραπεία μου θα πρέπει να επανεξετάζεται τακτικά

Ότι εάν προγραμματίζω εγκυμοσύνη, θα πρέπει να ζητήσω επείγουσα επανεξέταση ΠΡΙΝ από την προσπάθεια σύλληψης

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς / Φροντιστή:

Υπογραφή

Ημερομηνία