

FORMULÄR FÖR ISOTRETINOIN-PATIENT (KVINNA)

Namn:

Personnummer:

Adress:

Postnummer:

Ort:

Min doktors namn:

- Jag har fått fullständig information om Isotretinoin och är informerad om att Isotretinoin har en fosterskadande effekt.
- Jag får därför inte vara gravid, eller misstänka att jag är gravid då jag startar behandlingen.
- Jag får inte heller bli gravid så länge jag tar tablettorna eller månaden efter avslutad behandling.
- Jag ska använda ett tillförlitligt preventivmedel utan uppehåll under behandlingen samt en månad efter avslutad behandling.
- Skulle jag trots försiktighetsåtgärderna bli gravid under behandlingen måste jag genast kontakta min läkare.
- Jag är medveten om att dessa försiktighetsåtgärder är absolut nödvändiga och jag åtar mig att följa dem noggrant.
- Jag förbinder mig att inte lämna ut Isotretinoin till vänner, släktingar eller någon annan person.

Ort/datum:

Patientens underskrift:

Originallet scannas in i journalen, kopia till patienten