

ЕЖЕГОДНО ЗАПОЛНЯЕМАЯ ФОРМА ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ С РИСКАМИ

Прочитайте, заполните и подпишите форму ознакомления с рисками во время визита к врачу: на начало терапии, при ежегодном визите к врачу и в случае, когда планируете зачать ребенка.

Данная форма подтверждает, что пациент или его законный представитель обсудили с врачом и поняли все риски, связанные с использованием вальпроевой кислоты (в данном случае лекарственного препарата Вальпроевая кислота) у мужчин с репродуктивным потенциалом.

Часть А. Заполняется и подписывается врачом

ФИО пациента или его законного представителя: _____

Я подтверждаю, что вышеупомянутый пациент нуждается в лечении вальпроевой кислотой, потому что: - лечение другими препаратами неэффективно для данного пациента или	<input type="checkbox"/>
- пациент не переносит другое лечение	<input type="checkbox"/>

Я обсудил с вышеупомянутым пациентом или его законным представителем:

Риски для будущих детей, отцы которых проходили лечение вальпроатом на протяжении 3 месяцев, предшествующих зачатию: - повышенный риск нарушений умственного и физического развития у детей, которые могут приводить к затруднениям при обучении и адаптации в социуме.	<input type="checkbox"/>
Запрет на донорство спермы во время терапии вальпроатом и как минимум в течение трех месяцев после завершения терапии	<input type="checkbox"/>
Необходимость применения эффективных методов контрацепции в период терапии и, как минимум, в течение трех месяцев после ее завершения	<input type="checkbox"/>
Необходимость регулярного (минимум ежегодного) осмотра врачом, и оценка им необходимости продолжить терапию вальпроевой кислотой.	<input type="checkbox"/>
Возможность альтернативных методов терапии для пациентов, которые планируют зачать ребенка.	<input type="checkbox"/>
Необходимость незамедлительной консультации врача для срочного пересмотра лечения в случае подозреваемой или наступившей беременности у партнерши.	<input type="checkbox"/>
Я выдал пациенту или его законному представителю копию брошюры пациента.	<input type="checkbox"/>

ФИО врача _____ _____	Подпись _____ _____	Дата _____ _____
--------------------------	------------------------	---------------------

Часть В. Заполняется и подписывается пациенткой или ее законным представителем

Я обсудил нижеследующее с врачом, и я понял:	<input type="checkbox"/>
Почему мне необходимо принимать вальпроевую кислоту, а не другой препарат	<input type="checkbox"/>
Мне необходимо регулярно (минимум ежегодно) посещать врача чтобы проверять, остается ли лечение ЛП Вальпроевая кислота лучшим вариантом для меня	<input type="checkbox"/>
Риски для будущих детей, отцы которых проходили лечение вальпроатом на протяжении 3 месяцев, предшествующих зачатию: - повышенный риск нарушений умственного и физического развития у детей, которые могут приводить к затруднениям при обучении и адаптации в социуме.	<input type="checkbox"/>
Я не должен быть донором спермы во время терапии вальпроатом и как минимум в течение трех месяцев после завершения терапии	<input type="checkbox"/>
Я должен непрерывно использовать эффективные методы контрацепции, в период терапии и, как минимум, в течение трех месяцев после ее завершения ЛП Вальпроевая кислота (для мужчин с репродуктивным потенциалом).	<input type="checkbox"/>
Мы обсудили эффективные методы контрацепции или мы запланировали встречу с врачом, консультирующим по эффективным методам контрацепции.	<input type="checkbox"/>
Необходимость регулярного (минимум ежегодно) осмотра врачом, и оценка им необходимости продолжать терапию ЛП Вальпроевая кислота	<input type="checkbox"/>
Необходимость срочной консультации врача, как только я буду планировать зачатие ребенка, чтобы обеспечить своевременное обсуждение и перевод на альтернативную терапию до зачатия и до прекращения использования контрацепции.	<input type="checkbox"/>
Я должен срочно обратиться к врачу, если я полагаю, что моя партнерша беременна.	<input type="checkbox"/>
Я получил копию брошюры пациента.	<input type="checkbox"/>

ФИО пациентки или ее законного представителя _____ _____	Подпись _____ _____	Дата _____ _____
---	------------------------	---------------------

Эта форма предоставляется врачом мальчикам и мужчинам с репродуктивным потенциалом (или их законному представителю), получающим ЛП Вальпроевая кислота для лечения эпилепсии или биполярного расстройства.

Части А и В должны быть заполнены: все ячейки должны быть отмечены галочкой, и форма подписана: это означает, что все риски и информация, связанные с

использованием ЛП Вальпроевая кислота у мужчин репродуктивного возраста, были поняты.

Заполненная и подписанная копия этой формы хранится у врача.

Врачу рекомендуется сохранить форму в амбулаторной карте/истории болезни пациента. Заполненная и подписанная копия этой формы хранится пациентом.