

نموذج الإقرار بالمخاطر السنوي للفتيات والسيدات في عمر الإنجاب اللاتي يتم علاجهن بعقار فالبروات <عقار ديباكين®>

قم بقراءة واستكمال وتوقيع هذا النموذج أثناء إجراء الزيارة مع الطبيب المتخصص: عند بدء العلاج، في الزيارة السنوية، وعندما تخطط المرأة للحمل أو عندما تكون حاملاً.

هذا للتأكد من أن المرضى من الإناث أو مقدم الرعاية/ الممثل القانوني الخاص بهن قد قاموا بمناقشة أخصائيهن وفهمن المخاطر المتعلقة باستخدام عقار فالبروات أثناء الحمل.

الجزء (ب). يتم استكماله <وتوقيعه> من قبل المريض أو مقدم الرعاية / الممثل القانوني

<input type="checkbox"/> لقد ناقشت التالي مع الطبيب المتخصص الخاص بي وأتفهم: لماذا أحتاج إلى عقار فالبروات بدلاً من دواء آخر؟
<input type="checkbox"/> يجب أن أقوم بزيارة أحد الأطباء المتخصصين بانتظام (على الأقل سنوياً) لمراجعة ما إذا كان العلاج بعقار فالبروات يظل الخيار الأفضل بالنسبة لي أم لا.
<input type="checkbox"/> المخاطر التي يتعرض لها الأطفال الذين تتناول أمهاتهم عقار فالبروات أثناء الحمل هي: <ul style="list-style-type: none"> • هناك احتمالية 10 ٪ تقريباً للإصابة بالعيوب الخلقية و • ما يصل إلى احتمالية بنسبة 30 إلى 40٪ للإصابة بنطاق عريض من المشاكل المتعلقة بالنمو المبكر التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث صعوبات كبيرة في التعلم.
<input type="checkbox"/> لماذا أحتاج إلى اختبار سلبي للحمل عند بدء العلاج وإذا لزم الأمر بعد ذلك (إذا كنت في سن الإنجاب)؟
<input type="checkbox"/> انه يجب أن أستخدم وسائل منع الحمل فعالة دون انقطاع أثناء مدة علاجي بالكامل بعقار فالبروات (إذا كنت بعمر الإنجاب).
<input type="checkbox"/> ناقشنا إمكانيات وسائل منع الحمل الفعالة أو قمنا بالتخطيط لاستشارة طبيب متخصص يتمتع بالخبرة في تقديم المشورة بشأن وسائل منع الحمل الفعالة.
<input type="checkbox"/> الحاجة إلى المراجعة المنتظمة (على الأقل سنوياً) والحاجة إلى مواصلة العلاج بعقار فالبروات من قبل الطبيب المتخصص.
<input type="checkbox"/> الحاجة إلى استشارة طبيبي بمجرد أن أنوي الحمل؛ لضمان المناقشة في الوقت المناسب والتحويل إلى خيارات العلاج البديلة قبل الحمل، وقيل التوقف عن استخدام وسائل منع الحمل.
<input type="checkbox"/> أنني يجب أن أطلب موعداً عاجلاً إذا كنت أعتقد أنني حامل.
<input type="checkbox"/> لقد تلقيت نسخة من دليل إرشاد المريض.
<input type="checkbox"/> في حالة الحمل، لقد ناقشت التالي مع الطبيب المتخصص الخاص بي وأفهم ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> • إمكانيات دعم الحمل أو المشورة. • الحاجة إلى المراقبة المناسبة لطفلي إذا كنت حاملاً.

التاريخ

التوقيع

اسم المريضة أو مقدم الرعاية/الممثل القانوني

يجب تقديم هذا النموذج من قبل الطبيب المتخصص للفتيات والسيدات ممن في عمر الإنجاب اللاتي يتم علاجهن بعقار فالبروات لعلاج الصرع (أو مقدم الرعاية/ الممثل القانوني الخاص بهن).

يجب إكمال الجزأين (أ) و (ب): يجب وضع علامة على جميع المربعات، و<النموذج يتم توقيعه>: وذلك للتأكد من أنه تم فهم جميع المخاطر والمعلومات المتعلقة باستخدام عقار فالبروات أثناء الحمل.

يجب حفظ/ تسجيل نسخة مكتملة <وموقعة> من هذا النموذج من قبل الطبيب المتخصص.

يُصح الشخص الذي قام وصف العقار بحفظ نسخة إلكترونية في الملف الخاص بالمريض. يجب حفظ نسخة مكتملة وموقعة من هذا النموذج من قبل المريض.