

# Algemeen bevestigingsformulier

isotretinoïne 10 mg en 20 mg zachte capsules

Preventie van zwangerschap & blootstelling van de foetus

Dit formulier dient te worden ingevuld en ondertekend door de patiënt (ouders of wettelijke voogd indien de patiënt jonger is dan 18 jaar) en worden ondertekend door de voorschrijvende arts.

Naam/identificatie patiënt: \_\_\_\_\_  
(Gebruik hoofdletters)

Voor de start van de behandeling

Lees en vink elk vakje van de onderstaande punten aan om aan te tonen dat u elk punt begrijpt en accepteert. Onderteken dit formulier niet of neem isotretinoïne niet in als u vragen heeft. Volg het advies van uw arts op.

- Ik heb alle documenten die mijn arts mij heeft gegeven, gelezen en begrepen, waaronder de richtlijnen voor patiënten.
- Ik weet dat ik geen bloed mag geven gedurende de behandeling of gedurende de maand na beëindiging van de behandeling, omdat mijn bloed aan een zwangere vrouw gegeven zou kunnen worden en dit tot misvormingen bij de foetus zou kunnen leiden.
- Ik begrijp dat ik dit geneesmiddel aan niemand anders mag geven en dat ik ongebruikte of vervallen geneesmiddelen naar de apotheek moet brengen.
- Ik begrijp dat ik isotretinoïne kan innemen, omdat:

– Ik dit formulier voor geïnformeerde toestemming heb ondertekend en mij bewust ben van de voorzorgsmaatregelen die ik moet nemen.

Mijn arts heeft al mijn vragen beantwoord.

Handtekening van de patiënt \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening van de ouders of wettelijke voogd (indien de patiënt jonger is dan 18 jaar)

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Ik heb de noodzaak van de behandeling met isotretinoïne, alsook de risico's die verband houden met het innemen van isotretinoïne aan mijn patiënt uitgelegd.

Handtekening van de arts \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_