

# Allmänt formulär för godkännande

Isotretinoin Actavis (isotretinoin) 10 mg respektive 20 mg, mjuka kapslar  
Förebyggande av graviditet och exponering av foster

Formuläret ska fyllas i och undertecknas av patienten (föräldrar eller vårdnadshavare) samt undertecknas av förskrivande läkare.

Patientens namn/identifiering:

\_\_\_\_\_

(Texta)

## Före behandlingen

Läs och markera varje punkt för att visa att du förstår och godkänner var och en av dem.  
**Underteckna inte formuläret och ta inte Isotretinoin Actavis om du har fler frågor.**  
*Följ läkarens anvisningar.*

- Jag har läst alla dokumenten som jag fått av min läkare och är införstådd med dessa, inklusive vägledningen för patienter.
- Jag är medveten om att jag inte får ge blod under behandlingen eller under den första månaden efter avslutad behandling. Om blodet ges till en gravid mottagare kan fostret skadas.
- Jag är införstådd med att jag inte ska ge läkemedlet till någon annan, och att oanvända eller utgångna läkemedel ska lämnas till apoteket för avfallshantering.
- Jag är införstådd med att jag kan använda Isotretinoin Actavis eftersom
- Jag har undertecknat den här blanketten om medgivande och är medveten om de skyddsåtgärder som jag måste vidta.
  - Min läkare har besvarat alla mina frågor.

Patientens underskrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Föräldrars eller vårdnadshavares underskrift

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Jag har förklarat behovet av behandling med Isotretinoin Actavis för min patient samt riskerna med att ta Isotretinoin Actavis.

Läkarens underskrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_