

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ISOTRETINOINA

Según la Disposición A.N.M.A.T. N° 2552/95

PARA LA PACIENTE MUJER: (Para ser completado y firmado por la paciente. En caso de que la paciente tenga menos de 21 años, deberá ser firmado por su padre/madre/tutor).

-Mediante la firma de este consentimiento usted declara que ha leído y entendido cada uno de los ítems listados abajo y que acepta los riesgos y medidas de precaución necesarias asociadas al tratamiento con ISOTRETINOINA.

-Por favor lea cuidadosamente cada ítem a continuación, y firme el consentimiento informado sólo si comprende totalmente cada uno de los ítems y está de acuerdo en seguir las instrucciones de su médico.

-Mi tratamiento con ISOTRETINOINA me ha sido explicado por mi médico en forma personal. Se me ha explicado y he comprendido, entre otros, los siguientes temas de información:

1. Comprendo que existe un riesgo importante de incidencia de malformaciones graves que pueden afectar a mi futuro bebé si estoy embarazada o si quedara embarazada durante el tratamiento con ISOTRETINOINA. Esta es la razón por la cual no debo quedar embarazada mientras estoy tomando ISOTRETINOINA.
2. Comprendo que no debo tomar ISOTRETINOINA si estoy embarazada.
3. Comprendo que no debo quedar embarazada durante todo el tratamiento con ISOTRETINOINA, y hasta un mes después de finalizado el tratamiento.
4. Comprendo que debo utilizar por lo menos un método anticonceptivo eficaz (preferentemente dos), un mes antes de iniciar el tratamiento con ISOTRETINOINA, durante el tratamiento y hasta un mes después de finalizado el mismo.
5. Comprendo que cualquier método anticonceptivo puede fallar por lo que utilizando 2 métodos anticonceptivos juntos minimizaré los riesgos de embarazo. Uno de los cuales debería ser de "barrera", como el uso de preservativos.
6. Comprendo que debo realizar un test de embarazo (el segundo o tercer día del ciclo menstrual) antes de comenzar el tratamiento con ISOTRETINOINA. Mi doctor/a decidirá con qué frecuencia deberé realizar otros tests de embarazo durante mi tratamiento (de ser posible cada vez que recibo la receta para la compra). También me comprometo a realizarme un test de embarazo a las 5 semanas de finalizar el tratamiento con ISOTRETINOINA.
7. Comprendo que no debo comenzar a tomar ISOTRETINOINA hasta que esté segura que no estoy embarazada y tenga un test de embarazo en sangre con resultado negativo.

8. He leído y comprendido los materiales que el médico me ha entregado referente al tratamiento con ISOTRETINOINA. Discutiré con mi médico cualquier duda que tenga ya que tengo el derecho de preguntar y mi médico el deber de informarme.

9. Comprendo que debo dejar de tomar ISOTRETINOINA inmediatamente e informar a mi doctor/a si quedo embarazada, se retrasa mi período o si suspendo el método anticonceptivo.

10. Determinados medicamentos o productos a base de hierbas pueden disminuir el efecto de los métodos anticonceptivos hormonales (por ejemplo, la píldora). Por ello informaré a mi dermatólogo sobre cualquier medicamento o producto a base de hierbas que esté tomando o pretenda tomar durante el tratamiento con ISOTRETINOINA.

11. Comprendo que se trata de un medicamento de venta bajo receta archivada, dado el riesgo que implica su uso, por lo que una receta debe quedar archivada en la farmacia. Mi médico/a ha contestado todas mis inquietudes, he comprendido y acepto los riesgos y medidas de precaución necesarios durante mi tratamiento con ISOTRETINOINA.

Dejo constancia que estoy utilizando los siguientes métodos anticonceptivos:

.....
.....

Firma de la Paciente:

.....
Firma del Padre/Madre o Tutor (de corresponder):

.....
Firma y sello del Médico/a Prescriptor/a:

.....
Fecha: ____/____/____