

Formulário de Consentimento Informado Geral

Isotretinoína Aurovitas 10 mg e 20 mg cápsulas moles

Plano de Prevenção da Gravidez

Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo doente (pais ou responsável legal, se o doente tiver menos de 18 anos) e assinado pelo médico prescritor.

Nome do doente/identificação: _____
(Por favor, use letras maiúsculas)

Antes do início do tratamento

Leia e assinale cada um dos seguintes pontos de forma a demonstrar que entende e aceita cada um deles.

Não assine este formulário ou tome Isotretinoína Aurovitas se continuar com dúvidas.
Siga os conselhos do seu médico.

- ☐ Li e compreendo todos os documentos que o meu médico me deu, incluindo o Guia do doente para a utilização de isotretinoína.
- ☐ Sei que não posso doar sangue durante o tratamento nem no mês seguinte após o final do tratamento, uma vez que o sangue poderia ser doado a uma mulher grávida e causar malformações no feto.
- ☐ Compreendo que não devo dar este medicamento a qualquer outra pessoa e devo devolver quaisquer cápsulas não utilizadas ou cujo prazo de validade tenha expirado, na farmácia.
- ☐ Compreendo que eu sou elegível para tomar Isotretinoína Aurovitas porque:
 - Assinei este formulário de consentimento informado e estou ciente das medidas preventivas que devo tomar.

O meu médico respondeu a todas as minhas questões.

Assinatura do doente _____ Data _____

Assinatura dos pais ou responsável legal (se o doente tiver menos de 18 anos)

_____ Data _____

Eu expliquei a necessidade de efetuar o tratamento com Isotretinoína Aurovitas ao doente, bem como os riscos inerentes à toma de Isotretinoína Aurovitas.

Assinatura do médico _____ Data _____