

Modulo di informazione e consenso informato per il paziente di sesso maschile

Io sottoscritto, Sig. Data di nascita:
.....

Attesto di essere stato personalmente informato dalla Dottoressa
.....

dei rischi relativi al trattamento con **Isotretinoina orale**.

Mi è stato spiegato chiaramente in cosa consiste il trattamento con isotretinoina cui sarò sottoposto, e condivido pienamente di aderirvi. Ho potuto discutere ed avere chiarimenti su tutte le informazioni che mi sono state fornite. Con la mia firma confermo di aver letto e ben compreso quanto riportato nel materiale informativo del medicinale contenente isotretinoina che mi è stato messo a disposizione e tutto ciò che mi è stato spiegato. Confermo di aver ricevuto risposte esauritive alle domande poste al medico e che seguirò tutte le istruzioni che mi sono state impartite dal medico curante.

In caso particolare mi è chiaro che:

- Si potrà verificare un peggioramento dell'acne durante le prime settimane di trattamento
- Potranno verificarsi alcuni effetti indesiderati dei quali dovrò informare il medico, in particolare in caso di alterazioni dell'umore (ansietà e depressione) e dolore intenso nella parte superiore dell'addome che si irradia alla schiena
- Mi dovrò sottoporre periodicamente a controlli clinici.

Dovrò inoltre ricordarmi di:

- Non condividere la terapia con altre persone, in particolare se di sesso femminile
- Non donare il sangue durante il trattamento e per almeno un mese dopo il termine dello stesso
- Restituire al farmacista tutte le capsule inutilizzate alla fine del trattamento
- Non assumere vitamina A e tetracicline
- Non prendere il sole senza adeguata fotoprotezione
- Non sottopormi ad abbronzatura artificiale
- Interrompere il trattamento, informando subito il medico se avvertirò uno o più dei seguenti sintomi:
 - Cefalea con nausea, vomito, visione confusa
 - Forti dolori di stomaco, diarrea, sanguinamento rettale
 - Sensazione persistente di secchezza degli occhi
 - Ingiallimento della cute e degli occhi e/o urine scure
 - Reazioni allergiche gravi
 - Ansietà e depressione.
- Il medico ha risposto esaurientemente a queste specifiche domande:
 -
 -
 -
- Confermo che informerò il mio medico nel caso si manifesti qualsiasi effetto indesiderato, compresi quelli non elencati nel foglio illustrativo, del medicinale contenente isotretinoina.

Prima di firmare dichiaro che:

- Il medico mi ha dato chiare e precise spiegazioni su tutti gli argomenti sopra elencati.

Confermo che:

- Ho potuto discutere ed avere chiarimenti su tutte le informazioni che mi sono state fornite.

Luogo e data

Firma del Paziente

Nome del Medico

Firma del Medico

