

**Ռիսկերի վերաբերյալ տեղեկացված համաձայնության տարեկան
լրացվող ձևաթուղթ**

**Ռիսկերի վերաբերյալ տեղեկացված համաձայնության տարեկան լրացվող
ձևաթուղթ՝ նախատեսված աղջիկների, երիտասարդ կանանց և
վերարտադրողական պոտենցիալ ունեցող կանանց համար, որոնք օգտագործում
են վալպրոատթթու պարունակող դեղեր**

Կարդացեք, լրացրեք և ստորագրեք այս ձևաթուղթը բուժառուի այցելության
ժամանակ՝ բուժման սկզբում, տարեկան այցելության ժամանակ, ինչպես նաև, երբ
կինը պլանավորում է հղիություն կամ հղի է:

Սա անհրաժեշտ է՝ համոզվելու համար, որ կին բուժառուները կամ նրանց
խնամակալը/օրինական ներկայացուցիչները տեղեկացված են հղիության
ընթացքում վալպրոատթթու պարունակող դեղերի օգտագործման հետ կապված
ռիսկերի վերաբերյալ:

ՄԱՍ 1. Լրացվում է է առողջապահության ոլորտի մասնագետի կողմից

Կին բուժառուի կամ խնամակալի/օրինական ներկայացուցչի անունը՝

Սույնով հաստատում եմ, որ տվյալ բուժառուն ունի վալպրոատթթու
պարունակող դեղերով բուժման կարիք, քանի որ.

- այլ բուժման մեթոդները անարդյունավետ են տվյալ բուժառուի համար ☐
- տվյալ բուժառուն այլ բուժման մեթոդների անտանելիություն ունի ☐

Ես քննարկել եմ այս տեղեկատվությունը վերոնշյալ բուժառուի կամ
խնամակալի/օրինական ներկայացուցչի հետ.

Երեխաները, որոնց մայրերը, հղիության ընթացքում, օգտագործել են
վալպրոատթթու պարունակող դեղեր, ընդհանուր առմամբ, ունեն հետևյալ
ռիսկերը.

- զարգացման բնածին արատների առաջացման լուրջ ռիսկ (մոտ 11%) ☐
- վաղ զարգացման տարբեր խանգարումների առաջացման լուրջ ռիսկ (մինչև 30–40%), ինչը կարող է հանգեցնել ուսուցման հետ կապված դժվարությունների:

Վալպրոատթթու պարունակող դեղերը չպետք է օգտագործել հղիության ☐
ժամանակ (բացառությամբ հազվադեպ դեպքերի՝ էպիլեպսիայով բուժառուների,
որոնք ունեն կայունություն բուժման այլ մեթոդներ հանդեպ, կամ ունեն
անտանելիություն), բուժման ընթացքում պետք է պահպանվեն հղիության
կանխարգելման միջոցների կիրառումը:

Կանոնավոր (առնվազն տարին մեկ անգամ) հետազոտության ☐
անհրաժեշտությունը և վալպրոատթթու պարունակող դեղերով բուժումը բժշկի
հսկողության տակ:

Հղիության թեստի բացասական արդյունքի առկայությունը բուժումը սկսելուց առաջ և հետագայում՝ անհրաժեշտության դեպքում (վերարտադրողական պոտենցիալի պահպանման դեպքում): ☐

Հղիության թեստի բացասական արդյունքի առկայությունը մինչև բուժումը սկսելը և հետագայում՝ ըստ անհրաժեշտության (վերարտադրողական պոտենցիալի պահպանման դեպքում): ☐

Առանց ընդհատումների արդյունավետ հակաբեղմնավորիչների օգտագործման անհրաժեշտությունը վալպրոատթթու պարունակող դեղերով բուժման ողջ ժամանակահատվածում (վերարտադրողական պոտենցիալի պահպանման դեպքում): ☐

Բուժող բժշկի հետ անհապաղ կապ հաստատելու անհրաժեշտությունը՝ չնախատեսված կամ կասկածելի հղիության դեպքում բուժման հրատապ վերանայման համար: ☐

Բուժող բժշկի հետ խորհրդակցելու անհրաժեշտությունը հղիություն պլանավորելիս՝ իրավիճակը ժամանակին քննարկելու և բուժման այլընտրանքային տարբերակներին անցնելու համար՝ մինչև բեղմնավորումը և մինչև հակաբեղմնավորման դադարեցումը: ☐

Բուժող բժշկի հետ անհապաղ կապ հաստատելու անհրաժեշտությունը՝ չպլանավորված հղիության կամ հղիության կասկածի դեպքում՝ բուժման հրատապ վերանայման համար: ☐

Ես պացիենտին կամ խնամակալին/օրինական ներկայացուցչին տվեցի պացիենտի գրքույկի պատճենը:

Եթե պացիենտի հղիությունը հաստատված է, ես հաստատում եմ, որ այս հղի պացիենտը՝

☐ ստացել է վալպրոատթթվի հնարավոր ամենացածր արդյունավետ դեղաչափը՝ պտղի վրա հնարավոր վնասակար ազդեցությունները նվազագույնի հասցնելու համար ☐

☐ տեղեկացված է հղիության վարման կամ խորհրդատվության և իր երեխայի պատշաճ մշտադիտարկման հնարավորությունների վերաբերյալ ☐

Առողջապահության ոլորտի մասնագետ

ԱԱՀ՝

Ստորագրություն՝

Ամսաթիվ՝

Այս ձևաթուղթը բուժող բժշկի կողմից տրվում է աղջիկներին, երիտասարդ կանանց և վերարտադրողական պոտենցիալ ունեցող կանանց (կամ նրանց խնամակալին/օրինական ներկայացուցչին), որոնք օգտագործում են վալպրոատթու պարունակող դեղեր էպիլեպսիայի կամ երկբևեռ խանգարման բուժման համար:

1-ին և 2-րդ մասերը պետք է լրացվեն և ստորագրվեն: Բոլոր վանդակները պետք է լրացվեն թռչնակով՝ ցույց տալու համար, որ պացիենտը գիտակցել է հղիության ընթացքում վալպրոատթվի դեղերի օգտագործման հետ կապված ռիսկերն ու տեղեկությունները:

Լրացված և ստորագրված Ռիսկի մասին տեղեկացված համաձայնության ձևը պետք է պահվի բուժող բժշկի մոտ: Խորհուրդ է տրվում, որ ձևը պահվի պացիենտի քարտում:

Ձևաթղթի պատճենը տրվում է պացիենտին կամ նրա ծնողին/օրինական ներկայացուցչին/խնամակալին:

**Ռիսկերի վերաբերյալ տեղեկացված համաձայնության տարեկան
լրացվող ձևաթուղթ**

**Ռիսկերի վերաբերյալ տեղեկացված համաձայնության տարեկան լրացվող
ձևաթուղթ՝ նախատեսված աղջիկների, երիտասարդ կանանց և
վերարտադրողական պոտենցիալ ունեցող կանանց համար, որոնք
օգտագործում են վալպրոատթթու պարունակող դեղեր**

Կարդացեք, լրացրեք և ստորագրեք այս ձևաթուղթը բուժառուի այցելության ժամանակ՝ բուժման սկզբում, տարեկան այցելության ժամանակ, ինչպես նաև, երբ կինը պլանավորում է հղիություն կամ հղի է:

Սա անհրաժեշտ է՝ համոզվելու համար, որ կին բուժառուները կամ նրանց խնամակալը/օրինական ներկայացուցիչները տեղեկացված են հղիության ընթացքում:

մաս 2. Լրացվում է բուժառուի կամ խնամակալի/օրինական ներկայացուցչի կողմից:

Ես իմ բժշկի հետ քննարկեցի հետևյալը և հասկացա.

Ինչու՞ է ինձ պետք վալպրոատթթու պարունակող դեղ և ոչ՝ այլ դեղ: ☐

Ես պետք է պարբերաբար այցելեմ իմ բժշկին (առնվազն տարին մեկ անգամ)՝ ստուգելու, թե արդյոք վալպրոատթթվով բուժումը մնում է ինձ համար լավագույն տարբերակը: ☐

Երեխաները, որոնց մայրերը ընդունել են վալպրոատթթու պարունակող դեղեր հղիության ընթացքում, ընդհանուր առմամբ, ունեն հետևյալ ռիսկերը.

- զարգացման բնածին արատների առաջացման լուրջ ռիսկ (մոտ 11%) ☐
- վաղ զարգացման տարբեր խանգարումների առաջացման լուրջ ռիսկ (մինչև 30–40%), ինչը կարող է հանգեցնել ուսուցման հետ կապված դժվարությունների:

Հղիության թեստի բացասական արդյունքի առկայությունը բուժումը ☐
սկսելուց առաջ և հետագայում՝ անհրաժեշտության դեպքում:

Առանց ընդհատումների արդյունավետ հակաբեղմնավորիչների ☐
օգտագործման անհրաժեշտությունը վալպրոատթթու պարունակող
դեղերով բուժման ողջ ժամանակահատվածում

Մենք խորհրդակցել ենք արդյունավետ հակաբեղմնավորիչ միջոցների
հնարավորությունը կամ պլանավորել ենք խորհրդատվություն գինեկոլոգի
հետ՝ ինձ համար առավել նպատակահարմար հակաբեղմնավորման
մեթոդը ընտրելու համար:

Կանոնավոր (առնվազն տարին մեկ անգամ) հետազոտության
անհրաժեշտությունը և վալպրոատթթու պարունակող դեղերով բուժումը ☐

բժշկի հսկողության տակ:

Բուժող բժշկի հետ խորհրդակցելու անհրաժեշտությունը հղիություն ☐
պլանավորելիս՝ իրավիճակը ժամանակին քննարկելու և բուժման
այլընտրանքային տարբերակներին անցնելու համար՝ մինչև
բեղմնավորումը և մինչև հակաբեղմնավորման դադարեցումը:

Բժշկին անհապաղ դիմելու անհրաժեշտությունը՝ հղիության կասկածի ☐
դեպքում

Ես ստացել եմ պացիենտի գրքույկը. ☐

Հղիություն սկսվելու դեպքում ես խորհրդակցել եմ իմ բժշկի հետ և ☐
գիտակցել հետևյալը.

• Հղիության ընթացքում խորհրդատվության և աջակցության ☐
հնարավորություններ

• Երեխայիս վիճակի պատշաճ մշտադիտարկման անհրաժեշտությունը ☐

Բուժառույի կամ խնամակալի/օրինական ներկայացուցիչ՝

ԱԱՀ՝

Ստորագրություն՝

Ամսաթիվ՝

Այս ձևաթուղթը բուժող բժշկի կողմից տրվում է աղջիկներին, երիտասարդ կանանց և
վերարտադրողական պոտենցիալ ունեցող կանանց (կամ նրանց
խնամակալին/օրինական ներկայացուցչին), որոնք օգտագործում են վալպրոատթու
պարունակող դեղեր էպիլեպսիայի կամ երկբևեռ խանգարման բուժման համար:

1-ին և 2-րդ մասերը պետք է լրացվեն և ստորագրվեն: Բոլոր վանդակները պետք է
լրացվեն թռչնակով՝ ցույց տալու համար, որ պացիենտը գիտակցել է հղիության
ընթացքում վալպրոատթվի դեղերի օգտագործման հետ կապված ռիսկերն ու
տեղեկությունները:

Լրացված և ստորագրված ՌԻՍԿԻ մասին տեղեկացված համաձայնության ձևը պետք է
պահվի բուժող բժշկի մոտ: Խորհուրդ է տրվում, որ ձևը պահվի պացիենտի քարտում:

Ձևաթղթի պատճենը տրվում է պացիենտին կամ նրա ծնողին/օրինական
ներկայացուցչին/խնամակալի