

Ռիսկերի վերաբերյալ տեղեկացված համաձայնության տարեկան լրացվող ձևաթուղթ

Ռիսկերի վերաբերյալ տեղեկացված համաձայնության տարեկան լրացվող ձևաթուղթ՝ նախատեսված աղջիկների, երիտասարդ կանանց և վերարտադրողական պոստենցիալ ունեցող կանանց համար, որոնք օգտագործում են վալպրոատաթթու 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 վալպրոատաթթու 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 վալպրոատաթթու պարունակող դեղերով բուժման կարիք, քանի որ.
• այլ բուժման մեթոդները անարդյունավետ են տվյալ բուժառուի համար <input type="checkbox"/>
• տվյալ բուժառուն այլ բուժման մեթոդների անտանելիություն ունի <input type="checkbox"/>

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

Երեխաները, որոնց մայրերը, հղիության ընթացքում, օգտագործել են վալպրոատաթթու պարունակող դեղեր, ընդհանուր առմամբ, ունեն հետևյալ ռիսկերը.
• զարգացման բնածին արատների առաջացման լուրջ ռիսկ (մոտ 11%) <input type="checkbox"/>
• վաղ զարգացման տարբեր խանգարումների առաջացման լուրջ ռիսկ (մինչև 30–40%), ինչը կարող է հանգեցնել ուսուցման հետ կապված դժվարությունների:
Վալպրոատաթթու 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: <input type="checkbox"/>
Կանոնավոր (առնվազն տարին մեկ անգամ) հետազոտության անհրաժեշտությունը և վալպրոատաթթու պարունակող դեղերով բուժումը բժշկի հսկողության տակ: <input type="checkbox"/>

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 պոստենցիալ 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 վալպրոատի 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 վալպրոատի պարունակող դեղ և ոչ՝ այլ դեղ:

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

Երեխաները, որոնց մայրերը ընդունել են վալպրոատի 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 վալպրոատի 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 վալպրոատի 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

Բուժառուի կամ խնամակալի/օրինական ներկայացուցիչ՝

ԱԱՀ՝

Ստորագրություն՝

Ամսաթիվ՝

Այս ձևաթուղթը բուժող բժշկի կողմից տրվում է աղջիկներին, երիտասարդ կանանց և
վերարտադրողական պոստենցիալ ունեցող կանանց (կամ նրանց
խնամակալին/օրինական ներկայացուցչին), որոնք օգտագործում են վալպրոատթթու
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 վալպրոատթթվի 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