

A.2.A. Ռիսկերի ճանաչման տարեկան ձևաթուղթ

Ռիսկերի ճանաչման տարեկան ձևաթուղթ

Ռիսկերի ճանաչման տարեկան ձևաթուղթ աղջիկների և վերարտադրողական տարիքի կանանց համար, ովքեր բուժում են ստանում վալպրոատով <առևտրային անվանում>

Ծանոթացեք, լրացրեք և ստորագրեք առկա ձևաթուղթը՝ մասնագետին այցելելու ժամանակ՝ բուժումը սկսելուց առաջ, տարեկան այցելության ժամանակ, ինչպես նաև հղիություն պլանավորելու կամ արդեն հղի լինելու դեպքում:

Նշված միջոցառումներն անհրաժեշտ են, որպեսզի հավաստիանաք, որ պացիենտները կամ նրանց խնամակալները / օրինական ներկայացուցիչները, իրենց բուժող բժշկի հետ քննարկել և հասկացել են հղիության ժամանակ վալպրոատի կիրառման հետ կապված ռիսկերը:

**Մաս Ա. Լրացվում և ստորագրվում է մասնագետի կողմից**

Պացիենտի կամ խնամակալի / օրինական ներկայացուցչի անունը.

Հաստատում եմ, որ վերը նշված պացիենտը վալպրոատով բուժման կարիք ունի, քանի որ.	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ պացիենտի համար բուժման այլ եղանակները անարդյունավետ են կամ</li><li>▪ պացիենտի մոտ դրսևորվում է անտանելիություն բուժման այլ եղանակների հանդեպ:</li></ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ես քննարկել եմ հետևյալ տեղեկատվությունը նշված պացիենտի կամ նրա խնամակալի / օրինական ներկայացուցչի հետ:

<p>Հղիության ժամանակ վալպրոատի ազդեցությանը ենթարկվող երեխաների շրջանում առկա ռիսկերն են.</p>	
<p><input type="checkbox"/> բնածին արատների զարգացման մոտավորապես 10%-անոց հնարավորություն, և</p> <p><input type="checkbox"/> վաղ զարգացման լայն սպեկտրի խանգարումների զարգացման մինչև 30-40% հավանականություն, որոնք կարող են հանգեցնել ուսուցման գործընթացի դժվարությունների:</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Հղիության շրջանում չի կարելի նշանակել վալպրոատ (բացառությամբ այն հազվադեպ դեպքերի, երբ էպիլեպսիայի բուժման այլ եղանակներն անարդյունավետ են կամ պացիենտը դրանք վատ է տանում) և պետք է պահպանվեն հղիության կանխման ծրագրով նախատեսված պայմանները:</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Մասնագետի կողմից բուժման պարբերաբար (տարեկան առնվազն մեկ անգամ) վերանայման անհրաժեշտություն և վալպրոատով բուժումը շարունակելու անհրաժեշտություն</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Հղիության թեստի բացասական արդյունքի անհրաժեշտություն՝ բուժումը սկսելիս և հետագայում՝ ըստ անհրաժեշտության (վերարտադրողական տարիքի կանանց շրջանում):</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Արդյունավետ բեղմնականխման անհրաժեշտություն՝ առանց ընդհատելու, վալպրոատով բուժման ամբողջ ընթացքում (վերարտադրողական տարիքի կանանց շրջանում):</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Բժշկի հետ խորհրդատվության նշանակման անհրաժեշտություն՝ հղիություն պլանավորելու դեպքում, անհապաղ քննարկում և այլընտրանքային բուժման անցում՝ մինչև բեղմնավորումը, և, մինչև կղադարեցվի հակաբեղմնավորիչների կիրառումը:</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Անհրաժեշտ է անհապաղ խորհրդակցել բժշկի հետ՝ կասկածի կամ չպլանավորված հղիության դեպքում՝ բուժումը շտապ վերանայելու նպատակով:</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

<p>Պացիենտին կամ խնամակալին / օրինական ներկայացուցչին տրվել է պացիենտի ուղեցույցի մեկ օրինակ:</p> <p>Հղիության դեպքում հաստատում եմ, որ այս հղի պացիենտը.</p> <p><input type="checkbox"/> ընդունում է վալպրոատի նվազագույն արդյունավետ դեղաչափը՝ պտղի վրա վալպրոատի հնարավոր վնասակար ազդեցությունը նվազագույնի հասցնելու համար,</p> <p><input type="checkbox"/> տեղեկացված է հղիության վարման կամ խորհրդատվության տրամադրման ու հղիության դեպքում իր երեխայի պատշաճ վերահսկողության հնարավորությունների մասին:</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
---	---

Մասնագետի Անունը/Ազգանունը

Ստորագրությունը

Ամիս,ամսաթիվ

Բուժող բժիշկն այս ձևաթուղթը տրամադրում է վերարտադրողական տարիքի կանանց և աղջիկներին (կամ նրանց խնամակալներին/օրինական ներկայացուցիչներին), ովքեր ստանում են վալպրոատ՝ էպիլեպսիայի կամ երկբևեռ խանգարումների բուժման համար:

Ա եւ Բ մասերը պետք է լինեն լրացված. բոլոր բաժինները պետք է նշվեն համապատասխան նշանով (V) և ձևաթուղթը պետք է լինի ստորագրված: Սա արվում է, որպեսզի հավաստիանանք, որ հասկացել եք հղիության ընթացքում վալպրոատի օգտագործման հետ կապված բոլոր ռիսկերն ու առկա տեղեկատվությունը:

Այս լրացված և ստորագրված ձևաթղթի կրկնօրինակը պետք է պահվի/գրանցվի բուժող բժշկի մոտ:

Նշանակումը կատարող բժշկին խորհուրդ է տրվում այն պահել պացիենտի քարտում: Ձևաթղթի կրկնօրինակը լրացվում և ստորագրվում է պացիենտի կողմից:

**Ռիսկերի ճանաչման տարեկան ձևաթուղթ աղջիկների և վերարտադրողական տարիքի կանանց համար, ովքեր բուժում են ստանում վալպրոատով <առևտրային անվանում>:**

Ծանոթացեք, լրացրեք և ստորագրեք այս ձևաթուղթը՝ մասնագետին այցելելու ժամանակ՝ բուժում սկսելուց առաջ, տարեկան այցելության ժամանակ, ինչպես նաև հղիանալ պլանավորելու կամ արդեն հղի լինելու դեպքում:

Նշված միջոցառումներն անհրաժեշտ են, որպեսզի հավաստիանանք, որ պացիենտները կամ նրանց խնամակալները/օրինական ներկայացուցիչները մասնագետի հետ քննարկել են և հասկացել են հղիության ժամանակ վալպրոատի կիրառման հետ կապված ռիսկերը:

**Մաս Բ Լրացվում և ստորագրվում է պացիենտի կամ խնամակալի/օրինական ներկայացուցչի կողմից**

<p>Ինձ բուժող բժշկի հետ քննարկեցի հետևյալը և հասկացա.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ինչու՞ է ինձ անհրաժեշտ բուժում ստանալ վալպրոատով և ոչ թե այլ դեղով:</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Պարբերաբար (տարեկան առնվազն մեկ անգամ) պետք է դիմեմ մասնագետի խորհրդատվության և նրա հետ պետք է քննարկեմ, թե արդյոք վալպրոատով բուժումն ինձ համար լավագույն տարբերակն է:</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ռիսկեր երեխաների համար, որոնց մայրերը հղիության շրջանում ընդունել են վալպրոատ.</p>	
<p><input type="checkbox"/> բնածին արատների զարգացման մոտավորապես 10%-անոց հավանականություն, և</p>	<input type="checkbox"/>
<p><input type="checkbox"/> վաղ զարգացման շրջանի լայն սպեկտրի խանգարումների զարգացման մինչև 30-40% հավանականություն, ինչը կարող է հանգեցնել ուսուցման զգալի դժվարությունների:</p>	
<p>Ինչու է ինձ անհրաժեշտ է հղիության թեստի բացասական արդյունք՝ բուժում սկսելիս և հետագա անհրաժեշտ քայլերը ձեռնարկելիս (եթե վերարտադրողական տարիքում եմ):</p>	<input type="checkbox"/>

<p>Պետք է կիրառեն արդյունավետ հակաբեղմնավորիչ միջոցներ առանց ընդհատումների, վալպրոատով բուժվելու ամբողջ ժամանակահատվածում (եթե վերարտադրողական տարիքում եմ):</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Մենք քննարկել ենք արդյունավետ հակաբեղմնավորիչ միջոցների կիրառման հնարավորությունները կամ փորձառու մասնագետի հետ պլանավորել ենք խորհրդատվություն:</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Պարբերաբար (տարեկան առնվազն մեկ անգամ) վալպրոատով բուժումը վերանայելու և բուժումը շարունակելու անհրաժեշտությունը:</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Բժշկի հետ խորհրդակցության անհրաժեշտություն, եթե հղիություն եմ պլանավորելու, որպեսզի ժամանակին քննարկվի և անցում կատարվի այլընտրանքային բուժման և, թե ինչպես մինչ այդ դադարեցվի հակաբեղմնավորիչների կիրառումը:</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Պետք է իրականացնել անհետաձգելի խորհրդատվություն այն դեպքում, երբ կասկածում եմ, որ հղի եմ:</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ես ստացա պացիենտի ուղեցույցի մեկ օրինակ:</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Հղիության դեպքում ինձ բուժող բժշկի հետ քննարկեցի հետևյալը և հասկացա.</p>	<input type="checkbox"/>
<p><input type="checkbox"/> հղիության վարման կամ խորհրդատվության հնարավորությունները,</p>	<input type="checkbox"/>
<p><input type="checkbox"/> հղիության դեպքում իմ երեխայի պատշաճ վերահսկողության անհրաժեշտությունը</p>	<input type="checkbox"/>

Պացիենտի կամ նրա խնամակալի/օրինական ներկայացուցչի Անունը/Ազգանունը

Ստորագրություն

Ամիս, ամսաթիվ

---

Բուժող բժիշկն այս ձևաթուղթը տրամադրում է վերարտադրողական տարիքի կանանց և աղջիկներին (կամ նրանց խնամակալներին/օրինական ներկայացուցիչներին), որոնց նշանակում են վալպրոատ՝ էպիլեպսիայի կամ երկբևեռ խանգարումների բուժման համար: Ա եւ Բ մասերը պետք է լինեն լրացված. բոլոր բաժինները պետք է նշվեն համապատասխան նշանով (V), և ձևաթուղթը պետք է լինի ստորագրված. Սա արվում է, որպեսզի հավաստիանանք, որ հասկացել եք հղիության ընթացքում վալպրոատի օգտագործման հետ կապված բոլոր ռիսկերն ու առկա տեղեկատվությունը:

Այս լրացված և ստորագրված ձևաթղթի կրկնօրինակը պետք է պահվի/գրանցվի բուժող բժշկի մոտ:

Նշանակումը կատարող բժշկին խորհուրդ է տրվում այն պահել պացիենտի քարտում: Ձևաթղթի կրկնօրինակը լրացվում և ստորագրվում է պացիենտի կողմից: