

[별지 서식 12. 환자용 인식도 설문조사지]

레티노이드류 제제 설문지

레티노이드류 제제 설문지(환자용)

1. 다음 중 어떤 약을 처방받으셨습니까?

- ☐ 이소트레티노인(여드름)
☐ 알리트레티노인(만성 중증 손습진)
☐ 아시트레틴(건선)

2. 가임 여성이 본 제제 복용 중 임신할 경우, 투여 용량과 기간에 상관없이 태아 기형을 유발할 수 있고 임부·수유부 및 임신을 계획 중인 여성에게는 처방할 수 없음을 안내 받으셨습니까? 예 ☐ 아니오 ☐

3. 임신 가능성이 없는 여성 및 남성이라도 레티노이드류 제제의 위험성(기형아 유발성)에 대해서 안내 받으셨습니까? 예 ☐ 아니오 ☐

4. 복용 중 및 복용 중단 후(이소트레티노인&알리트레티노인 제제 : 1개월 / 아시트레틴 제제 : 3년) 두 가지 이상의 효과적인 피임법을 실시할 것을 안내 받으셨습니까? 예 ☐ 아니오 ☐

5. 타인에게 약을 양도해서는 안되며, 치료 종료 후 남은 약은 약국에 반납해야 함을 안내 받으셨습니까? 예 ☐ 아니오 ☐

6. 복용 중 및 복용 중단 후(이소트레티노인&알리트레티노인 제제 : 1개월 / 아시트레틴 제제 : 3년)까지 헌혈하지 않도록 안내하며 환자 또한 본 제제를 복용하는 환자로부터 수혈 받지 않도록 안내 받으셨습니까? 예 ☐ 아니오 ☐

7. 2~6에 대한 충분한 설명을 안내 받으셨습니까? 예 ☐ 아니오 ☐

8. 귀하는 본 제제와 관련하여 임신예방프로그램 안내자료 제공을 받으셨거나 전자문서로 열람(다운로드) 할 수 있다는 안내를 받으셨습니까? 예 ☐ 아니오 ☐

9. 임신예방프로그램 도입이 본 제제의 안전한 사용에 도움이 되셨습니까? 예 ☐ 아니오 ☐

* 병·의원명/약국명 : (진료과:)