레티노이드류 제제 설문지

레티노이드류 제제 설문지(의/약사용)

*** 이전에 본 설문을 작성하신 적이 있습니까?** 예□ 아니오□

1. 다음 중 어떤 약을 처방/조제하십니까?
   □ 이소트레티노인(여드름)
   □ 알리트레티노인(만성 중증 손습진)
   □ 아시트레틴(건선)

2. 임부·수유부 및 임신을 계획 중인 여성에게는 처방/조제하지 않고 계십니까?.
   예□ 아니오□

3. 가임 여성 환자가 처방/조제를 원하는 경우, 임신 가능성 여부를 확인하십니까?.
   예□ 아니오□

4. 임신 가능성이 없는 여성 및 남성이라도 레티노이드류 제제의 위험성(기형아 유발성)에 대해서 안내하십니까? 예□ 아니오□

5. 가임 여성이 본 제제 복용 중 임신할 경우, 투여 용량과 기간에 상관없이 태아 기형을 유발할 수 있음을 안내하십니까? 예□ 아니오□

6 .모든 환자에게 두 가지 이상의 효과적인 피임법을 실시할 것을 안내하십니까?
   예□ 아니오□

7. 모든 환자에게 타인에게 약을 양도해서는 안되며, 치료 종료 후 남은 약은 약국에 반납해야 함을 안내하십니까?
   예□ 아니오□

8. 모든 환자에게 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 안내하십니까? 예□ 아니오□

9. (의사에 한함) 2~8의 사항을 안내 후, '충분한 설명을 안내 받았다.'는 환자 동의를 받습니까? 예□ 아니오□

10. 30일이내 처방 또는 처방전 발행일로부터 7일 이내인지 확인 후 조제하십니까?
   예□ 아니오□

11. 임신예방프로그램 도입이 본 제제의 안전 처방 및 조제에 도움이 되셨습니까? 예□ 아니오□
* **병·의원명/약국명** : (진료과:) / **성함** : (인)