

레티노이드 계열 약물 환자동의서



본 동의서는 레티노이드 계열 약물 처방시 임신 주의 및 태아 기형 위험 안내에 대한 것입니다.

안전한 의약품 사용을 위해 아래사항을 충분히 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

※ 레티노이드 계열 의약품 성분 : 이소트레티노인, 알리트레티노인, 아시트레틴

성 명		연락처	-	-
-----	--	-----	---	---

진료를 위한 개인정보 처리 등에 대한 확인사항	본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input type="checkbox"/>
---------------------------	--

레티노이드 계열 약물의 안전한 사용을 위해 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.

- 개인정보 수집·이용 목적: 레티노이드계 약물의 처방 및 교육 완료 여부
- 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보 포함)
- 개인정보 보유 및 이용기간: 3년

1. 여성의 경우 현재 임신 중(임신진단 결과 양성)이십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
------------------------------------	---

약물처방 고지사항 숙지여부 확인	본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input type="checkbox"/>
-------------------	--

1. 레티노이드계 약물 복용 중 임신을 할 경우 태아 기형이 유발될 수 있으므로 임신 중이거나 임신할 가능성이 있는 경우 이 약을 복용해서는 안됩니다.	<input type="checkbox"/> 숙지하였음
2. 임신 가능성이 있을 경우, 임신 유무를 확인하고 1개월 후 재확인하여 임신이 아니면 약을 복용합니다.	<input type="checkbox"/> 숙지하였음
3. 남성, 여성 모두 본 약물 복용 1개월 전, 복용 중 및 중단 1개월 후(아시트레틴의 경우 중단 3년 후)까지 효과적인 두가지 피임법으로 피임해야 합니다.	<input type="checkbox"/> 숙지하였음
4. 약 복용 중 및 중단 1개월 이내(아시트레틴의 경우 중단 3년 이내)에 임신을 하거나 임신이 의심되는 경우 처방의사에게 상담을 받아야 합니다.	<input type="checkbox"/> 숙지하였음
5. 약 복용 중 및 중단 1개월 후(아시트레틴의 경우 중단 3년 후)까지 헌혈을 금합니다.	<input type="checkbox"/> 숙지하였음
6. 약은 타인에게 양도해서는 안되며, 치료 종료 후 남은 약은 폐기될 수 있도록 약국에 반납해야 합니다.	<input type="checkbox"/> 숙지하였음

약물 처방에 대한 확인사항	본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input type="checkbox"/>
----------------	--

1. 본 의약품의 위해성에 대한 정보를 의료진으로부터 들었습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
2. 본 의약품의 안전사용을 위한 교육자료(안내서, 동의서 등)를 확인하였습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 처방을 받겠습니다.

본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명), 환자와의 관계 :

년 월 일

레티노이드계열 약물 환자동의서 [의사 기록란]

본 동의서는 레티노이드계 약물 처방 전 의사가 환자에게
임신관련 위험성을 고지하고 이에 대한 인지 여부를 확인하고
처방하기 위함입니다.



임신 확인 결과(의사 기록란)	확 인 <input type="checkbox"/>
의료인의 감독하에 임신진단 결과를 확인하였음.	<input type="checkbox"/> 양성 <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 불필요('임신 가능성이 없는 환자'의 경우)
해당 약물의 최기형성 예방을 위한 피임법, 헌혈 금지사항 등의 내용을 충분히 설명하였음.	<input type="checkbox"/> 네, 설명하였음

이상의 문진 및 진찰 결과 처방이 가능합니다.

의사 성명 :

(서명)

년 월 일