

Ռիսկերի մասին տեղեկացված համաձայնության տարեկան լրացվող ձև
Վալպրոյական թթվի դեղամիջոց ստացող վերարտադրողական տարիքի
աղջիկների, երիտասարդ աղջիկների և կանանց ռիսկերի մասին տեղեկացված
համաձայնության տարեկան լրացվող ձև

Կարդացեք և լրացրեք այս ձևը հիվանդի այցելության ժամանակ՝ բուժման սկզբում, տարեկան այցելության ժամանակ, ինչպես նաև, երբ կինը պլանավորում է հղիություն կամ հղի է:

Սա անհրաժեշտ է՝ ապահովելու համար, որ հիվանդները կամ նրանց խնամակալը/օրինական ներկայացուցիչը հասկանան հղիության ընթացքում վալպրոիկ թթվի օգտագործման հետ կապված ռիսկերը:

ՄԱՍ 1. Լրացվում է մասնագետի կողմից
Հիվանդի կամ խնամակալի/օրինական ներկայացուցչի անունը՝

Ես հաստատում եմ, որ վերոնշյալ հիվանդը կարիք ունի վալպրոյաթթվի պատրաստուկ ընդունելու, քանի որ՝	
• այս հիվանդի մոտ այլ բուժման մեթոդներ բավականաչափ արդյունավետ չեն, կամ	☐
• այս հիվանդը չի տանում այլ բուժման մեթոդներ:	☐

Ես վերոնշյալ հիվանդի կամ խնամակալի/օրինական ներկայացուցչի հետ քննարկել եմ հետևյալ տեղեկատվությունը.

Երեխաները, որոնց մայրերը հղիության ընթացքում ընդունել են վալպրոյաթթվի պատրաստուկ, կարող են ընդհանուր առմամբ ենթարկվել հետևյալ ռիսկերին.	☐
Ծանր բնածին արատների զարգացման ռիսկ (մոտավորապես 11%), և	☐
վաղ զարգացման տարատեսակ խանգարումների զարգացման ռիսկ (մինչև 30-40%), որոնք կարող են հանգեցնել ուսման դժվարությունների:	☐
Վալպրոյաթթվի պատրաստուկները չպետք է օգտագործվեն հղիության ընթացքում (բացառությամբ էպիլեպսիա ունեցող հիվանդների հազվադեպ դեպքերի, որոնք դիմակայուն են այլ բուժման մեթոդների նկատմամբ կամ դրանց անտանելիություն ունեն), բուժման ժամանակ պետք է պահպանել հղիության կանխարգելման ծրագրի պահանջները:	☐
Պարբերական (տարին առնվազն 1 անգամ) գնման անհրաժեշտությունը և մասնագետի հսկողության ներքո վալպրոյաթթվի պատրաստուկով բուժումը շարունակելու անհրաժեշտությունը:	☐
Բուժումը սկսելուց առաջ և հետագայում անհրաժեշտության դեպքում հղիության թեստի բացասական արդյունքի առկայությունը (պտղաբերության պահպանված պոտենցիալի դեպքում):	☐
Վալպրոյաթթվի պատրաստուկով բուժման ամբողջ ժամանակահատվածում անընդմեջ արդյունավետ հակաբեղմնավորման անհրաժեշտությունը (պտղաբերության պահպանված պոտենցիալի դեպքում):	☐
Հղիություն պլանավորելիս համապատասխան մասնագետի խորհրդատվության անհրաժեշտությունը՝ իրավիճակը ժամանակին քննարկելու և բեղմնավորումից առաջ և հակաբեղմնավորման դադարեցումից առաջ բուժման այլընտրանքային տարբերակներին անցնելու համար:	☐
Անհրաժեշտությունն անմիջապես դիմել համապատասխան մասնագետի՝ բուժումը անհապաղ վերանայելու համար, եթե հանկարծակի կամ ենթադրյալ հղիություն է առաջացել:	☐

Ես հիվանդին կամ խնամակալին/օրինական ներկայացուցչին տվել եմ հիվանդների համար նախատեսված գրքույկի պատճենը:	☐
Եթե հիվանդի մոտ հղիությունը հաստատվի, ես հաստատում եմ, որ այս հղի հիվանդը՝	
• ստացել է վալպրոիկ թթվի ամենացածր հնարավոր արդյունավետ դոզան՝ պտղի վրա հնարավոր վնասակար ազդեցությունը նվազագույնի հասցնելու համար	☐
• տեղեկացված է հղիության կառավարման կամ խորհրդատվության և իր երեխայի համապատասխան մոնիթորինգի տարբերակների մասին:	☐

Ամսաթիվ:

Այս ձևը տրամադրվում է համապատասխան մասնագետի կողմից վերարտադրողական տարիքի աղջիկներին, երիտասարդ կանանց և կանանց, ովքեր ստանում են վալպրոյաթթվի պատրաստուկներ Էպիլեպսիայի կամ բիպոլյար խանգարման բուժման համար (կամ նրանց խնամակալին/օրինական ներկայացուցչին):

1-ին և 2-րդ մասերը պետք է լրացվեն. բոլոր վանդակները պետք է նշված լինեն տիգով. դա նշանակում է, որ հիվանդը տեղյակ է ռիսկերի և հղիության ընթացքում վալպրոյաթթվի պատրաստուկների օգտագործման հետ կապված տեղեկատվության մասին:

Ռիսկերի մասին տեղեկացված համաձայնության ձևը պետք է պահվի առողջապահության մասնագետի կողմից:

Ձևի պատճենը տրվում է հիվանդին կամ նրա ծնողներին/օրինական ներկայացուցչին/խնամակալին:

Ռիսկերի մասին տեղեկացված համաձայնության տարեկան լրացվող ձև
Վալպրոյաթթվի դեղամիջոց ստացող վերարտադրողական տարիքի աղջիկների և
կանանց համար ռիսկերի մասին տեղեկացված համաձայնության տարեկան լրացվող ձև

Կարդացեք և լրացրեք այս ձևը ձեր բուժող բժշկի մոտ այցելության ժամանակ՝ բուժման սկզբում, տարեկան այցի ժամանակ, ինչպես նաև եթե դուք հղիություն եք պլանավորում կամ հղի եք:

Սա անհրաժեշտ է, որպեսզի համոզվեք, որ դուք ձեր բուժող բժշկի հետ քննարկել և գիտակցել եք հղիության ընթացքում վալպրոյաթթվի դեղամիջոցի օգտագործման հետ կապված ռիսկերը:

Մաս 2. Հիվանդի կամ խնամակալի/օրինական ներկայացուցչի լրացման համար:

Ես իմ բուժող բժշկի հետ քննարկել եմ հետևյալը և հասկացել եմ.	
Ինչու՞ ինձ անհրաժեշտ է վալպրոյաթթվի դեղամիջոց, այլ ոչ թե այլ դեղամիջոց:	☐
Ես պետք է պարբերաբար այցելեմ մասնագետի (առնվազն տարին մեկ անգամ), որպեսզի ստուգեմ, թե արդյոք վալպրոյաթթվի դեղամիջոցով բուժումը մնում է ինձ համար ամենահարմար տարբերակը:	☐
Ռիսկերը այն երեխաների մոտ, որոնց մայրերը հղիության ընթացքում ընդունել են վալպրոյաթթվի դեղամիջոց.	
• Ծանր բնածին զարգացման արատների զարգացման ռիսկը (մոտ 11%) և Տարատեսակ վաղ զարգացման խանգարումների զարգացման ռիսկը (մինչև 30-40%), որոնք կարող են հանգեցնել ուսման զգալի դժվարությունների:	☐
Հղիության թեստ անցնելու կարևորությունը մինչև բուժումը սկսելը և պարբերաբար վալպրոյաթթվի դեղամիջոցներով բուժման ընթացքում:	☐
Ես պետք է օգտագործեմ հակաբեղմնավորման արդյունավետ մեթոդներ առանց ընդհատումների վալպրոյաթթվի դեղամիջոցով բուժման ողջ ընթացքում:	☐
Մենք քննարկել ենք հակաբեղմնավորման արդյունավետ միջոցների հնարավորությունները կամ պլանավորել ենք գինեկոլոգի խորհրդատվություն՝ ինձ համար հակաբեղմնավորման ամենահարմար մեթոդը ընտրելու համար:	☐
Պարբերական (առնվազն տարին մեկ անգամ) գնման անհրաժեշտությունը և բուժող բժշկի հսկողության ներքո վալպրոյաթթվի դեղամիջոցով բուժումը շարունակելու անհրաժեշտությունը:	☐
Հղիություն պլանավորելիս բուժող բժշկի հետ խորհրդակցելու անհրաժեշտությունը, որպեսզի ժամանակին քննարկենք իրավիճակը և անցնենք բուժման այլընտրանքային տարբերակների բեղմնավորումից առաջ և մինչև հակաբեղմնավորման դադարեցումը:	☐
Որքան հնարավոր է շուտ գրանցվել բուժող բժշկի մոտ, եթե ես կարծում եմ, որ հղի եմ:	☐
Ես ստացել եմ թերթիկ հիվանդի համար:	☐
Հղիության դեպքում ես իմ բուժող բժշկի հետ քննարկել և գիտակցել եմ հետևյալը.	
• Հղիության հետագա կառավարման մարտավարությունը	☐
• Իմ երեխայի վիճակի պատշաճ մոնիտորինգի անհրաժեշտությունը	☐

Ամսաթիվ:

Այս ձևը տրամադրվում է համապատասխան մասնագետի կողմից վերարտադրողական տարիքի աղջիկներին, երիտասարդ աղջիկներին, կանանց, ովքեր վալպրոյաթթվի դեղամիջոցներ են ստանում Էպիլեպսիայի կամ բիպոլյար խանգարման բուժման համար (կամ նրանց խնամակալին/օրինական ներկայացուցչին):

1-ին և 2-րդ մասերը պետք է լրացվեն. բոլոր վանդակները պետք է նշվեն տիզով: Սա

**նշանակում է, որ հիվանդը գիտակցել է հղիության ընթացքում վաղաբույժական
դեղամիջոցների օգտագործման հետ կապված ռիսկերը և տեղեկությունները:**

**Ռիսկերի մասին տեղեկացված համաձայնության ձևը պահվում է
առողջապահության մասնագետի կողմից:**

**Ձևի պատճենը տրվում է հիվանդին կամ նրա ծնողներին/օրինական
ներկայացուցչին/խնամակալին:**