



Hierbij geef ik toestemming aan Apotheek De Magistrale Bereider tot het gebruik van de informatie die hieronder staat beschreven. Deze informatie wordt uitsluitend gebruikt voor datgene wat nodig is voor een veilig gebruik en een veilige distributie van thalidomide.

Apotheek De Magistrale Bereider zal geen informatie vrijgeven waarmee anderen mijn identiteit kunnen achterhalen zonder mijn uitdrukkelijke toestemming hiervoor.

Naam : Man / vrouw

Geboortedatum :

Adres :

Postcode / Woonplaats :

Tevens verklaar ik door mijn behandelend arts volledig te zijn geïnformeerd omtrent de aard en de mate van de risico's die met de behandeling van thalidomide gepaard kunnen gaan. Deze bijwerkingen kunnen zeer ernstig van aard zijn met name in geval van een zwangerschap.

Het medicament is **uitsluitend voor mij** voorgeschreven. Ik zal het medicament **aan niemand anders** geven en het buiten bereik van kinderen bewaren. Ik heb begrepen waarom het middel **niet in contact** mag komen met vrouwen die kinderen kunnen krijgen. Tevens ben ik goed geïnformeerd omtrent mogelijke andere bijwerkingen van thalidomide. Ook begrijp ik dat ik tijdens het gebruik van thalidomide tot 8 weken na het staken van het gebruik van dit medicament geen bloed mag doneren.

Ik begrijp dat de behandelend arts mijn gegevens gebruikt bij het voorschrijven van thalidomide. Mijn arts heeft alle vragen die ik hieromtrent heb gesteld bevredigend beantwoord.

Voor volwassen vrouwelijke patiënten worden onderstaande punten nadrukkelijk aan de orde gesteld :

Ik begrijp dat bij het gebruik van thalidomide ernstige aangeboren afwijkingen kunnen optreden. Mijn arts heeft mij gewaarschuwd dat iedere ongeboren baby een hoog risico loopt op aangeboren afwijkingen en mogelijk kan overlijden als het gevolg van thalidomidegebruik van de moeder.

Voorts begrijp ik dat ik dus geen thalidomide mag gebruiken als ik zwanger ben, borstvoeding geef of zwanger kan worden.

Als ik zwanger kan worden moet ik, in overleg met mijn behandelend arts, een zeer effectieve manier van geboortebeperving toepassen. Deze manier van geboortebeperving dient tenminste 4 weken voor aanvang van de behandeling te worden begonnen, gedurende de behandeling en tenminste tot 4 weken na stopzetten van de behandeling te worden voortgezet.

Ik verklaar mij akkoord met bovenstaande voorwaarden en stem ermee in dat mijn arts mijn behandeling met thalidomide start.

Voor volwassen mannelijke patiënten worden onderstaande punten nadrukkelijk aan de orde gesteld :

Ik begrijp dat bij het gebruik van thalidomide ernstige aangeboren afwijkingen kunnen optreden. Mijn arts heeft mij gewaarschuwd dat iedere ongeboren baby een hoog risico loopt op aangeboren afwijkingen en mogelijk kan overlijden als gevolg van blootstelling aan thalidomide. Voorts begrijp ik dat ik dus condooms moet gebruiken bij seksueel contact met een vrouw in de vruchtbare leeftijd.

Ik verklaar mij akkoord met bovenstaande voorwaarden en stem ermee in dat mijn arts mijn behandeling met thalidomide start.
Deze verklaring is geldig tot 1 jaar na de ingevulde datum.

Datum :

Handtekening patiënt :