

Матеріал підготовлено виключно з освітньою метою, має інформаційний характер і не є рекламою. Перед застосуванням лікарського засобу обов'язково проконсультуйтеся з лікарем

ФОРМА ПІДТВЕРДЖЕННЯ ОЗНАЙОМЛЕННЯ З МАТЕРІАЛАМИ ДОДАТКОВИХ ЗАХОДІВ МІНІМІЗАЦІЇ РИЗИКІВ (для працівників аптек)

Я, нижчепідписаний(а),

ПІБ працівника аптеки: _____
(заповнюється від руки)

Аптечний заклад: _____

підтверджую, що отримав(ла) та ознайомився(лася) з інформаційними матеріалами щодо додаткових заходів мінімізації ризиків, затвердженими в Україні, щодо лікарського(их) засобу(ів):

Назва(и) лікарського засобу: _____,

Матеріали були надані Компанією Dr. Reddy's Laboratories через уповноважені канали розповсюдження.

Матеріали містять інформацію про ключові визначені ризики, рекомендації щодо безпечного застосування лікарського засобу.

НАГАДУВАННЯ ПАЦІЄНТУ ПРИ ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

Підтверджую, що відпускати лікарський засіб виключно за наявності чинного рецепта та під час його відпуску нагадуватиму пацієнту про:

- ☐ необхідність суворого дотримання Програми запобігання вагітності;
- ☐ необхідність для пацієнток з репродуктивним потенціалом дотримуватися строків тестування на вагітність (тест має бути проведено протягом 3 днів до виписування рецепта) та строків відпуску: лікарський засіб відпускають не пізніше ніж через 7 днів після дати виписування рецепта, а кількість лікарського засобу для таких пацієнток не повинна перевищувати потребу на 4 тижні лікування;
- ☐ правила застосування капсул: капсули слід ковтати цілими, не відкривати, не розламувати та не розжовувати; слід уникати контакту вмісту капсули зі шкірою та слизовими оболонками, а в разі такого контакту – ретельно вимити відповідну ділянку водою з милом;
- ☐ під час поводження з блістером або капсулою використовувати одноразові рукавички; це також стосується осіб, які доглядають за пацієнтом;
- ☐ попередити, що вагітні жінки та жінки, які підозрюють вагітність, не повинні торкатися блістера або капсули;
- ☐ необхідність не передавати лікарський засіб іншим особам та повернути невикористані капсули після завершення лікування;
- ☐ заборону донорства крові під час лікування та щонайменше 7 днів після приймання останньої дози, а для пацієнтів чоловічої статі – також донорства сперми;
- ☐ необхідність контролю показників крові (ризик тромбозитопенії та кровотеч) і своєчасного звернення до лікаря;
- ☐ необхідність повідомляти лікаря або фармацевта про будь-які побічні реакції, а також про підозру на вагітність у пацієнтки або партнерки пацієнта чоловічої статі.

Дата: «___» _____ 2026 р.

Підпис працівника аптеки: _____