



اقرار المريض

أقر أنا /

أن أخذ جميع الاحتياطات لمنع الحمل خلال الفترة شهر قبل بدء العلاج وأثناء العلاج، ولمدة شهرين بعد انتهاء العلاج بدواء الـروآكيوتين (ROACCUTANE). وأقر بأنني على علم ودراية تامة بما قد ينتج عنه من أعراض جانبية وتشوهات للجنين اذا حدث حمل خلال الفترة المذكورة أعلاه. وأقر بأن الطبيب المعالج قد شرح لي ضرورة الإستمرار في العلاج حتى يأمر الطبيب بإيقافه، وفي حالة انقطاعي عن العلاج بدون سبب طبي فليس لي الحق في المطالبة باعادة تناول العلاج دورة أخرى. وهذا اقرار مني بذلك.

المقر بما فيه

اقرار الزوج

اقرار الطبيب

أقر أنا الدكتور/

أنني قد شرحت للمريض/المريضة طبيعة هذا العلاج والأعراض الجانبية وضرورة الإلتزام باستمرار العلاج وأن يعود المريض/المريضة للمراجعة في حال ظهور اعراض تستدعي المراجعة لاتخاذ القرار المناسب.

الطبيب المعالج