

**A.2.A. Ռիսկերի ճանաչման տարեկան ձևաթուղթ****Ռիսկերի ճանաչման տարեկան ձևաթուղթ****Ռիսկերի ճանաչման տարեկան ձևաթուղթ աղջիկների և վերարտադրողական տարիքի կանանց համար, ովքեր բուժում են ստանում վալպրոատով**

Ծանոթացեք, լրացրեք և ստորագրեք ներկա ձևաթուղթը մասնագետին այցելության ժամանակ՝ բուժումը սկսելուց առաջ, տարեկան այցելության ժամանակ և հղիանալ պլանավորելու կամ արդեն հղի լինելու դեպքում:

Նշված միջոցառումները անհրաժեշտ են, որպեսզի հավաստիանանք, որ պացիենտները խնամակալները / օրինական ներկայացուցիչները մասնագետի հետ քննարկել են և հասկացել են հղիության ժամանակ վալպրոատի կիրառման ռիսկերը:

**Մաս Ա. Լրացվում և ստորագրվում է մասնագետի կողմից**

Պացիենտի կամ խնամակալի / օրինական ներկայացուցչի անունը.

Հաստատում եմ, որ ստորև նշված պացիենտը վալպրոատով բուժմանկարիք ունի, քանի որ.

- պացիենտի համար բուժման այլ եղանակները անարդյունավետ են
- պացիենտի մոտ դրսևորվում է անտանելիություն բուժման այլ եղանակների հանդեպ:

Ես քննարկել եմ հետևյալ տեղեկությունը նշված պացիենտի կամ նրա խնամակալի / օրինական ներկայացուցչի հետ:

Հղիության ժամանակ վալպրոատի ազդեցությանը ենթարկվող երեխաների շրջանում առկա ռիսկեր

- բնածին արատների զարգացման մոտավորապես 10%-անոց հավանականություն, և
- վաղ զարգացման շրջանի լայն սպեկտրի խանգարումների զարգացման մինչև 30-40% հավանականություն, որոնք կարող են բերել ուսուցման դժվարությունների:

Հղիության շրջանում չի կարելի նշանակել վալպրոատ (բացառությամբ այն դեպքերի, երբ եպիլեպսիայի բուժման այլ եղանակներն անարդյունավետ են կամ հիվանդը դրանք վատ է տանում և պետք է պահպանվեն հղիության կանխման ծրագրով նախատեսված պայմանները:

Պարբերաբար (տարեկան առնվազն մեկ անգամ) մասնագետի կողմից բուժման վերանայման անհրաժեշտություն և վալպրոատով բուժումը

Հարունակելու անհրաժեշտություն

Հղիության թեստի բացասական արդյունքի անհրաժեշտություն՝ բուժումը սկսելիս և հետագայում, եթե անհրաժեշտություն լինի (վերարտադրողական տարիքի կանանց համար):

Արդյունավետ հակաբեղմնավորիչ միջոցների կիրառում առանց ընդհատումների վալպրոատով բուժման ամբողջ ընթացքում (վերարտադրողական տարիքի կանանց համար):

Բժշկի խորհրդատվության անհրաժեշտություն՝ հղիություն պլանավորելու դեպքում, անհապաղ քննարկում և այլընտրանքային բուժման անցում՝ մինչև բեղմնավորումը և մինչև հակաբեղմնավորիչների կիրառումը կդադարեցվի:

Հղիության կասկածի կամ չպլանավորված հղիության դեպքում անհապաղ բժշկի դիմելու անհրաժեշտություն՝ բուժումը վերանայելու համար:

Պացիենտին կամ խնամակալին / օրինական ներկայացուցչին փոխանցվել է հիվանդի ուղեցույցի մեկ օրինակ

Հղիության դեպքում հաստատում եմ, որ այս հղի պացիենտը՝

- ընդունում է վալպրոատի հնարավոր նվազագույն արդյունավետ դեղաչափը պտղի վրա վալպրոատի վտանգավոր ազդեցությունը նվազագույնի հասցնելու համար:
- տեղեկացված է հղիության վարման կամ խորհրդատվության տրամադրման ու հղիության դեպքում իր երեխայի պատշաճ մոնիթորինգի հնարավորություններին:

**Մասնագետի անունը/ազգանունը  
ամսաթիվ**

**Ստորագրությունը**

**Ամիս,**

Այս ձևաթուղթը տրամադրվում է բուժող բժշկի կողմից վերարտադրողական տարիքի կանանց և աղջիկներին (կամ նրանց խնամակալներին / օրինական ներկայացուցչին), որոնց նշանակում են վալպրոատ էպիլեպսիայի կամ երկբևեռ խանգարումների բուժման համար:

Ա եւ Բ մասերը պետք է լրացված լինեն՝ բոլոր բաժինները պետք է նշվեն համապատասխան նշանով (V) և ձևաթուղթը ստորագրված լինի: Դա արվում է, որպեսզի հավաստիանանք, որ հասկացել էք հղիության ժամանակ վալպրոատի օգտագործման բոլոր ռիսկերն ու տեղեկատվությունը:

Այս լրացված և ստորագրված ձևաթղթի պատճեն պետք է պահել բուժող բժշկի մոտ: Նշանակումը կատարող բժշկին խորհուրդ է տրվում պահել այն պացիենտի քարտում: Ձևաթղթի պատճեն լրացվում և ստորագրվում է պացիենտի կողմից:

**Ռիսկերի ճանաչման տարեկան ձևաթուղթ աղջիկների և վերարտադրողական տարիքի կանանց համար, ովքեր բուժում են ստանում վալպրոատով**

Ծանոթացեք, լրացրեք և ստորագրեք ներկա ձևաթուղթը մասնագետին այցելության ժամանակ՝ բուժումը սկսելուց առաջ, տարեկան այցելության ժամանակ և հղիանալ պլանավորելու կամ արդեն հղի լինելու դեպքում:

Նշված միջոցառումները անհրաժեշտ են, որպեսզի հավաստիանանք, որ պացիենտները խնամակալները / օրինական ներկայացուցիչները մասնագետի հետ քննարկել են և հասկացել են հղիության ժամանակ վալպրոատի կիրառման ռիսկերը:

**Մաս Բ Լրացվում և ստորագրվում է հիվանդի կամ խնամակալի / օրինական ներկայացուցչի կողմից:**

Քննարկեցի հետևյալը իմ բուժող բժշկի հետ և հասկացա . որ	
Ինձ անհրաժեշտ բուժում վալպրոատով և ոչ թե այլ դեղով:	<input type="checkbox"/>
Պարբերաբար (տարեկան առնվազն մեկ անգամ) պետք է դիմեմ մասնագետի խորհրդատվության համար և նրա հետ պետք է քննարկեմ՝ վալպրոատով բուժումն ինձ համար լավագույն տարբերակն է արդյոք:	<input type="checkbox"/>
Մոր հղիության ժամանակ վալպրոատի կիրառման ազդեցության ենթարկված երեխաների համար առկա ռիսկերն են.	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• բնածին արատների զարգացման մոտավորապես 10%-անոց հավանականություն, և</li><li>• վաղ զարգացման շրջանի լայն սպեկտրի խանգարումների զարգացման մինչև 30-40% հավանականություն, որոնք կարող են բերել ուսուցման դժվարությունների:</li></ul>	
Ինձ անհրաժեշտ է հղիության թեստի բացասական արդյունք՝ բուժումը սկսելիս և հետագայում, եթե անհրաժեշտություն լինի (վերարտադրողական տարիքի կանանց համար)	<input type="checkbox"/>
Պետք է կիրառեմ աղյունավետ հակաբեղմնավորիչ միջոցներ առանց ընդհատումների վալպրոատով բուժման ամբողջ ընթացքում (վերարտադրողական տարիքի կանանց համար):	<input type="checkbox"/>
Մենք քննարկել ենք արդյունավետ հակաբեղմնավորիչների կիրառման հնարավորությունները կամ պլանավորել ենք խորհրդատվություն դրա վերաբերյալ փորձառու մասնագետի հետ:	<input type="checkbox"/>
Պարբերաբար (տարեկան առնվազն մեկ անգամ) վալպրոատով բուժումը վերանայելու և բուժումը շարունակելու անհրաժեշտություն:	<input type="checkbox"/>
Բժշկի հետ խորհրդակցության անհրաժեշտություն՝ եթե հղիություն եմ պլանավորելու , որպեսզի ժամանակին քննարկվի և անցում կատարվի այլընտրանքային բուժման մինչև բեղմնավորումը և մինչև	<input type="checkbox"/>

հակաբեղմնավորիչների կիրառման դադարեցումը:

Այն մասին որ պետք է պայմանավորվեմ անհապաղ խորհրդատվության համար, հղիության կասկածի դեպքում

Ես ստացա հիվանդի ուղեցույցի մեկ օրինակ

Հղիության դեպքում, իմ բուժող բժշկի հետ քննարկեցի հետևյալը և հասկացա.

- հղիության վարման կամ խորհրդատվության հնարավորությունները,
- հղիության դեպքում իմ երեխայի պատշաճ մոնիթորինգի անհրաժեշտությունը:

**Հիվանդի կամ նրա խնամակալի/օրինական ներկայացուցչի անունը/ազգանունը**

Ստորագրություն

Ամիս, ամսաթիվ

Այս ձևաթուղթը տրամադրվում է բուժող բժշկի կողմից վերաբրտադրողական տարիքի կանանց և աղջիկներին (կամ նրանց խնամակալներին / օրինական ներկայացուցչին), որոնց նշանակում են վալպրոատ էպիլեպսիայի կամ երկբևեռ խանգարումների բուժման համար:

Ա և Բ մասերը պետք է լրացված լինեն՝ բոլոր բաժինները պետք է նշվեն համապատասխան նշանով (V) և ձևաթուղթը ստորագրված լինի: Դա արվում է, որպեսզի հավաստիանանք, որ հասկացել էք հղիության ժամանակ վալպրոատի օգտագործման բոլոր ռիսկերն ու տեղեկատվությունը:

Այս լրացված և ստորագրված ձևաթղթի պատճեն պետք է պահել բուժող բժշկի մոտ: Նշանակումը կատարող բժշկին խորհուրդ է տրվում պահել այն պացիենտի քարտում: Ձևաթղթի պատճեն լրացվում և ստորագրվում է պացիենտի կողմից: