

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA MUJERES SIN POSIBILIDAD DE QUEDAR
EMBARAZADAS.**

Como parte del Plan de Prevención de Embarazo implementado por Laboratorio Kemex, es importante que usted lea detenidamente y firme este formulario de consentimiento informado, si ha entendido completamente todos los puntos y acepta seguir las instrucciones de su médico.

Información y advertencias importantes

PRONTEX® puede ser perjudicial para el feto.

PRONTEX® está relacionada estructuralmente con Talidomida. Talidomida es un principio activo con capacidad conocida de provocar malformaciones en el embrión o feto en humanos. Talidomida causa defectos congénitos de nacimiento graves que pueden poner en peligro la vida del niño. Si se toma **PRONTEX®** durante el embarazo no puede descartarse un efecto similar.

Por lo tanto, deberá visitar mensualmente a su médico para controlar su respuesta al tratamiento con **PRONTEX®**. Por favor no olvide acudir a la consulta en las fechas previstas, es muy importante para su salud y para su bienestar.

A completar y firmar por la paciente

No firme este consentimiento ni comience el tratamiento con **PRONTEX®**, si hay algo que no entiende **sobre la información que ha recibido acerca del uso de este medicamento.**

Si tiene alguna duda sobre lo que le ha explicado su médico antes de firmar sepa que puede consultar a “A.N.M.A.T. Responde”: línea gratuita 0800-333-1234

1. Mi médico ha comprobado que no existe la posibilidad de que pueda quedarme embarazada.
2. Entiendo que antes de iniciar el tratamiento con **PRONTEX®** y durante el mismo me harán análisis de sangre con regularidad (cada semana durante las primeras 8 semanas de tratamiento y después por lo menos cada mes) ya que **PRONTEX®** puede causar una disminución de las células de la sangre: leucocitos que ayudan a combatir las infecciones y de las plaquetas que participan en la coagulación. Según los resultados de mis análisis de sangre y de mi estado general mi médico puede ajustar la dosis para el tratamiento.
3. Mi médico me ha preguntado si he tenido alguna vez trombos (coágulos de sangre) en las venas ya que durante el tratamiento tengo un mayor riesgo de presentar trombosis. También me ha preguntado si tengo alguna enfermedad de los riñones por si hubiera que ajustar la dosis.

4. Mi médico me ha preguntado si padezco de alguna alteración de la función renal ya que es de suma importancia ajustar la dosis que recibiré ya que se puede incrementar el riesgo de presentar efectos adversos hematológicos y hepatotóxico.
5. Mi médico me ha preguntado si he padecido enfermedad viral hepática o si recibí tratamiento con antibiótico ya que podría presentar algún evento de hepatotoxicidad cuando reciba **PRONTEX®**
6. Entiendo que no debo compartir capsulas de **PRONTEX®** con nadie más.
7. No debo donar sangre mientras esté bajo tratamiento con **PRONTEX®**, incluyendo las interrupciones de dosis y hasta 4 semanas luego de finalizado el tratamiento
8. Comprendo que al final del tratamiento debo devolver al farmacéutico todas las cápsulas sin usar.
9. He leído detenidamente el folleto de información para los pacientes y el prospecto de **PRONTEX®** que me ha dado mi médico. Me comprometo a consultarle cualquier duda al respecto

El médico ha contestado a todas mis preguntas sobre PRONTEX®, he comprendido los peligros y las precauciones necesarias asociadas al uso de PRONTEX® y acepto el riesgo y las medidas de precaución que debo seguir y que se me han explicado en detalle. Asimismo, me ha entregado una copia de este formulario y de la Tarjeta del Paciente.

Nombre de la paciente: _____

Fecha: ___/___/___

DNI: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Firma de la paciente: _____

Firma del médico: _____