

ROSIGLITAZONE
Consentement éclairé du patient

Pour traiter mon diabète, mon médecin m'a recommandé un médicament qui contient de la ROSIGLITAZONE.

Veillez lire le présent consentement éclairé du patient (« consentement ») ainsi que le feuillet d'information individuelle destiné au consommateur concernant le médicament prescrit qui contient de la ROSIGLITAZONE. Discutez de vos questions ou de vos préoccupations avec votre médecin avant de signer le consentement.

Ne signez pas ce consentement et ne prenez pas de médicament contenant de la ROSIGLITAZONE s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas dans l'information que vous avez reçue.

Je comprends que :

- La ROSIGLITAZONE est un médicament utilisé en complément d'un régime alimentaire et d'exercice physique pour réduire la glycémie chez les personnes atteintes de diabète de type 2 lorsque tous les autres médicaments contre le diabète pris par voie orale (par la bouche), seuls ou en association, n'ont pas suffisamment réduit la glycémie ou ne sont pas appropriés.
- La ROSIGLITAZONE peut augmenter le risque de problèmes cardiaques importants, y compris :
 - l'insuffisance cardiaque
 - l'angine (douleur thoracique)
 - la crise cardiaque (infarctus du myocarde)
 - la rétention hydrique (avec ou sans gain de poids)
- Je ne dois pas prendre de ROSIGLITAZONE si j'ai ou si j'ai eu des problèmes cardiaques.
- Comme me l'a expliqué mon médecin, il existe d'autres possibilités pour traiter mon diabète.
- D'autres risques associés à la ROSIGLITAZONE sont décrits dans le feuillet d'information individuelle destiné au consommateur pour les médicaments contenant de la ROSIGLITAZONE et j'ai eu l'occasion de poser des questions ou de discuter de ces risques avec mon médecin.
- Je comprends que je dois signer ce consentement afin de pouvoir obtenir une ordonnance pour un médicament contenant de la ROSIGLITAZONE.

Mon médecin m'a expliqué ce qui précède, m'a donné le temps de lire attentivement le présent consentement, ainsi que le feuillet d'information individuelle destiné au consommateur concernant le médicament prescrit contenant de la ROSIGLITAZONE, et m'a permis d'en discuter avec lui.

Je donne maintenant à mon médecin l'autorisation de continuer/de commencer mon traitement avec la ROSIGLITAZONE.

Les lignes réservées à la signature du patient ou du tuteur légalement désigné figurent ci-dessous.

La ROSIGLITAZONE n'est pas recommandée chez les personnes de moins de 18 ans.

Nom(s) du patient (et du tuteur légalement désigné, le cas échéant)

(Caractères d'imprimerie) : _____

Signature du patient/du tuteur légalement désigné :

Date _____