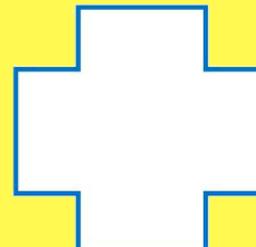


Depakine y Depakine Crono (valproato)

CHECK-LIST PARA EL PROFESIONAL DE LA FARMACIA



ACCIÓN	VERIFICACIÓN
1 Verificar que la paciente pertenece al grupo de riesgo (niña en menarquía o mujer en edad fértil: 14-50 años) <i>Preguntar edad; en niñas, averiguar si tiene la regla</i>	Es grupo de riesgo <input type="checkbox"/> Edad _____
2 Verificar indicación terapéutica <i>Preguntar por la indicación del medicamento (epilepsia o trastorno bipolar; u otros usos no aprobados como migraña o dolor neuropático)</i>	Indicación Epilepsia <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/>
3 Verificar si ha sido informada sobre los riesgos en el embarazo <i>Preguntar si su especialista le ha explicado qué puede pasar si se queda embarazada</i> <i>Preguntar si le han explicado que es preciso utilizar un método anticonceptivo eficaz</i> <i>Preguntar si sabe que tiene que utilizarlo durante todo el tratamiento</i>	Información riesgos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Información anticoncepción Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Parcial _____ <input type="checkbox"/>
HACER ENTREGA DE LA TARJETA A LA PACIENTE, Y LEERLA CON ELLA PUNTO POR PUNTO: Preguntar si ha recibido la guía de la paciente	Ha recibido guía del paciente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4 Verificar que sabe qué hacer si planea un embarazo o si se queda embarazada (contacto urgente con su especialista, no abandonar el tratamiento por su cuenta) <i>Preguntar si dejaría de tomar valproato sin consultar a su especialista cuando se plantee un embarazo o en cuanto sepa de su embarazo</i> <i>Preguntar si piensa que es urgente contactar con su especialista si se queda embarazada</i> <i>Preguntar si dejaría el anticonceptivo en el momento en que se plantee un embarazo</i>	Dejaría medicación sin consultar Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Cita urgente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Dejaría el método anticonceptivo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
5 Verificar que conoce la importancia de acudir anualmente a su especialista para revisar el tratamiento <i>Preguntar con qué frecuencia debe acudir a su especialista</i>	Revisión del tratamiento Al menos una vez al año <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/>
6 Verificar que ha comprendido toda la información <i>Preguntar si ha entendido los riesgos del valproato en una embarazada</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7 Verificar la satisfacción de la paciente <i>Preguntar si está satisfecha con la información recibida</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>