

ROSIGLITAZONE
Formulaire de consentement éclairé du patient

Mon médecin m'a recommandé un médicament contenant de la ROSIGLITAZONE pour traiter le diabète.

Veillez lire ce formulaire de consentement éclairé du patient (« formulaire de consentement ») et les renseignements pour les consommateurs du médicament à base de ROSIGLITAZONE. Avant de signer le présent formulaire de consentement, discutez de toute question ou préoccupation avec votre médecin.

Ne signez pas ce formulaire de consentement et ne prenez pas de médicament contenant de la ROSIGLITAZONE si vous ne comprenez pas certains renseignements que vous avez reçus.

Je comprends ce qui suit :

- La ROSIGLITAZONE est un médicament utilisé (en plus de l'alimentation et de l'activité physique) pour diminuer la glycémie chez les personnes atteintes de diabète de type 2, lorsque tous les autres médicaments antidiabétiques oraux (pris par la bouche), seuls ou en traitements d'association, n'ont pas assez réduit la glycémie ou ne conviennent pas au patient.
- La rosiglitazone peut augmenter le risque de problèmes cardiaques graves, notamment les suivants :
 - Insuffisance cardiaque
 - Angine (douleur thoracique)
 - Crise cardiaque (infarctus du myocarde)
 - Rétention hydrique (avec ou sans gain de poids)
- Je ne dois pas prendre de ROSIGLITAZONE si je présente des problèmes cardiaques ou si j'en ai déjà eu.
- Il y a d'autres options pour traiter le diabète, comme mon médecin me l'a expliqué.
- D'autres risques sont associés à la ROSIGLITAZONE; ils sont décrits dans les renseignements pour les consommateurs du médicament à base de ROSIGLITAZONE. J'ai eu l'occasion de poser mes questions à mon médecin et de discuter avec lui de mes préoccupations liées à ces risques.
- Je comprends que je dois signer le présent formulaire de consentement pour qu'on me prescrive un médicament contenant de la ROSIGLITAZONE.

Mon médecin m'a expliqué les points ci-dessus. On m'a donné le temps de lire attentivement ce formulaire de consentement, ainsi que les renseignements pour les consommateurs du médicament prescrit contenant de la ROSIGLITAZONE, et d'en discuter avec mon médecin.

J'autorise maintenant mon médecin à poursuivre/instaurer mon traitement par la ROSIGLITAZONE.

Les espaces de signature pour le patient ou son tuteur légalement nommé se trouvent ci-dessous.

L'utilisation de la ROSIGLITAZONE n'est pas recommandée chez les personnes de moins de 18 ans.

Nom(s) du patient (et du tuteur légalement nommé, s'il y a lieu)

Veillez écrire en lettres moulées :

Signature du patient/tuteur légalement nommé :

Date : _____