Anexo N°3: Lista de verificación para prescriptores/pacientes
Uso de ácido valproico y sus sales en mujeres en edad fértil y con capacidad reproductiva

Lista de verificación para prescriptores/pacientes
Uso de ácido valproico y sus sales en mujeres en edad fértil y con capacidad reproductiva

Nombre de la paciente: _____ Nombre del cuidador: _____

A. <u>Lista de verificación para el prescriptor</u>

Confirmo que la paciente mencionada anteriormente no responde adecuadamente o tolera otros tratamientos, por lo que requiere el uso de ácido valproico o sus sales: ☐

He discutido con el paciente y/o su cuidador, lo siguiente:

1. El potencial riesgo de malformaciones congénitas y los trastornos del neurodesarrollo en niños expuestos en el útero a ácido valproico o sus sales. ☐
2. La necesidad de anticoncepción durante el tratamiento con ácido valproico y sus sales. ☐
3. La necesidad de una revisión periódica del tratamiento. ☐
4. La necesidad de una revisión obligatoria si la paciente está planeando tener un hijo. ☐
5. La necesidad de acudir a la atención médica si sospecha de embarazo. ☐
6. He entregado la tarjeta de consentimiento informado. ☐

Médico tratante/Firma/Sello: _____ Fecha: _____

B. <u>Lista de verificación para la paciente:</u>

Yo he comprendido:

1. Por qué voy a ser tratada con ácido valproico o sus sales y no con otro medicamento. ☐
2. El riesgo de que mi bebé pueda presentar defectos de nacimiento si tomo ácido valproico o sus sales durante el embarazo, tales como: ☐
   a) Malformación de los huesos de la columna (espina bífida).
   b) Malformaciones de la cara y cráneo, incluyendo labio leporino.
   c) Malformaciones de las extremidades, corazón, riñones, órganos sexuales, tracto urinario y ojos que pueden afectar la visión.
   d) Problemas de audición o sordera.
3. El riesgo de que mi bebé pueda presentar trastornos del desarrollo neurológico si tomo ácido valproico o sus sales durante el embarazo, tales como: tardar en aprender a caminar y hablar, menor inteligencia que otros niños de su misma edad, pobres habilidades del habla y del lenguaje, problemas de memoria, entre otros. Los niños tienen mayor probabilidad de tener autismo o problemas del espectro autista y trastorno por déficit de la atención e hiperactividad. ☐
4. **NO** debo dejar de tomar el anticonceptivo prescrito por mi médico en ningún momento. ☐
5. **NO** debo suspender el uso de ácido valproico y sus sales, sin informarle a mi médico. ☐
6. Mi tratamiento debe ser revisado regularmente. ☐
7. Debo acudir inmediatamente a mi médico si sospecho que estoy embarazada. ☐
8. Debo acudir a mi médico **ANTES** de planear un embarazo. ☐

Nombre/firma de paciente o cuidador: _____ Fecha: _____

Anexo N°4: Lista de verificación para prescriptores/pacientes
Uso de ácido valproico y sus sales en pacientes masculinos

Lista de verificación para prescriptores/pacientes
Uso de ácido valproico y sus sales en pacientes masculinos

Nombre del paciente: _____ Nombre del cuidador: _____

A. <u>Lista de verificación para el prescriptor</u>

Confirmo que el paciente mencionado anteriormente no responde adecuadamente o tolera otros tratamientos, por lo que requiere el uso de ácido valproico o sus sales: ☐

He discutido con el paciente y/o su cuidador, lo siguiente:

1. El potencial riesgo de desarrollar trastornos del neurodesarrollo en niños nacidos de padres tratados con ácido valproico y sus sales tres meses previos a la concepción. ☐
2. La necesidad de anticoncepción para él y su pareja durante el tratamiento. ☐
3. La necesidad de una revisión periódica del tratamiento. ☐
4. La necesidad de una revisión obligatoria si el paciente está planeando tener un hijo. ☐
5. La necesidad de acudir a la atención médica si sospecha de embarazo. ☐
6. He entregado la tarjeta de consentimiento informado. ☐

Médico tratante/Firma/Sello: _____ Fecha: _____

B. <u>Lista de verificación para el paciente:</u>

Yo he comprendido:

1. Por qué voy a ser tratado con ácido valproico o sus sales y no con otro medicamento. ☐
2. El riesgo de que mi bebé pueda presentar trastornos del neurodesarrollo (trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, trastornos de la comunicación y movimiento y trastorno por déficit de atención e hiperactividad), si mi pareja queda embarazada cuando uso ácido valproico o sus sales y hasta 3 meses después de suspenderlo. ☐
3. Mi pareja y yo, debemos utilizar un método anticonceptivo prescrito por mi médico durante el tratamiento con ácido valproico o sus sales y al menos hasta 3 meses después de haberlo suspendido, aunque no esté planeando embarazar a mi pareja. ☐
4. **NO** debo suspender el uso de ácido valproico y sus sales, sin informarle a mi médico. ☐
5. **NO** debo donar semen durante el tratamiento con ácido valproico o sus sales, ni durante al menos 3 meses después de la interrupción del mismo. ☐
6. Mi tratamiento debe ser revisado regularmente. ☐
7. Debo acudir inmediatamente a mi médico si sospecho que mi pareja está embarazada. ☐
8. Debo acudir a mi médico **ANTES** de planear un embarazo. ☐

Nombre/firma del paciente o cuidador: _____ Fecha: _____