

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА,

КОТОРОМУ ВРАЧОМ НАЗНАЧЕН ПРЕПАРАТ ИЗОТРЕТИНОИНА (АКНЕКУТАН®)

ФИО _____

Полных лет _____

Вес _____

ФИО врача _____

Контактные данные врача _____

Дата назначения препарата _____

Дата начала приема препарата _____

Расчётная курсовая доза препарата мг, мг/кг _____

Расчетная продолжительность лечения, мес _____

Дата окончания приема препарата _____

Набранная курсовая доза за курс терапии мг, мг/кг _____

Особые отметки: пропуск приема (отметить количество дней
с указанием месяца пропуска), повторный курс, и др. _____

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пожалуйста используйте этот материал только в том случае, если Вам был назначен препарат Акнекутан® для терапии акне.

Акнекутан® – препарат изотретиноина, предназначенный для лечения тяжелых форм акне и акне, не поддающихся другим видам терапии.

Терапия акне с помощью препарата Акнекутан® — это длительный процесс, который требует определенной дисциплины и контроля некоторых важных показателей Вашего здоровья.

Эффективность лечения препаратом Акнекутан® в значительной степени зависит от правильной суточной и курсовой дозы препарата Акнекутан®, которую врач подбирает индивидуально, исходя из тяжести заболевания и переносимости терапии препаратом.

Средний диапазон рекомендованных суточных доз, согласно инструкции по применению препарата Акнекутан®, составляет 0,4 - 0,8 мг/кг.

Курсовая доза препарата Акнекутан® составляет обычно не менее 100 - 120 мг/кг.

Обычно на курс терапии пациенту весом 60 кг требуется не менее 15 упаковок препарата Акнекутан® 16 мг (в каждой упаковке 30 капсул) или 10 упаковок препарата Акнекутан® 16 мг и 10 упаковок препарата Акнекутан® 8 мг.



Врач выписал Вам определенное количество капсул Акнекутан® в сутки, пожалуйста отмечайте их прием галочками в соответствующих полях формы данного дневника, исходя из рекомендаций по дозировке (8 мг или 16 мг) и приему утром (У) и/или вечером (В). В конце месяца врач на приеме посчитает соответствующее выпитым капсулам количество препарата в мг и набранную дозу в мг/кг и, при необходимости, изменит количество рекомендованных капсул в сутки для следующего месяца.

Препарат следует применять во время еды, капсулы проглатываются целиком, не следует разжевывать или рассасывать капсулы.

Не следует перекладывать капсулы из блистера и хранить их в таблетнице, во избежание изменения свойств препарата.



Если Ваш вес в процессе лечения изменился более чем на 5 кг, заполните соответствующее поле дневника рядом с месяцем, когда было изменение веса и поставьте в известность своего врача на следующем визите для уточнения необходимости корректировки суточной и курсовой доз препарата.

До назначения препарата Акнекутан® врач обычно рекомендует сдать общий анализ крови, биохимический анализ крови (для оценки уровня АлАТ, АсАТ, триглицеридов, общего холестерина, креатинина, мочевины, глюкозы) для оценки возможности назначения препарата. Некоторые из анализов важно сделать еще раз через 1 месяц после начала лечения препаратом, а также каждые 3 месяца терапии или чаще, в зависимости от переносимости лечения.



Помните, что прием препарата Акнекутан® строго противопоказан во время беременности!

Пациенткам, которым был назначен Акнекутан®, необходимо непрерывно использовать эффективные противозачаточные средства (методы контрацепции) в течение одного месяца до лечения препаратом Акнекутан®, во время лечения и в течение месяца после его окончания.

Самоконтроль приема препарата и сдачи необходимых анализов не является альтернативой посещения специалиста. Курс лечения обязательно должен проводиться под контролем врача.

ОХЛП
Акнекутан®



До лечения:

ОАК, Биохимический анализ: АлАТ, АсАТ, триглицериды, общий холестерин, креатинин, глюкоза

1 месяц лечения

Вес пациента, кг:

Рекомендованное количество капсул в сутки: 16 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Рекомендованное количество капсул в сутки: 8 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В
1			2			3			4			5			6		
8			9			10			11			12			13		
15			16			17			18			19			20		
22			23			24			25			26			27		
29			30			31			Общее количество мг в месяц:								
									мг/кг за 1-й месяц								

Примечания: отметьте галочкой ячейку, соответствующую приему препарата, или зачеркните ее крестиком, если пропустили прием препарата

Анализы после 1 месяца: АлАТ, АсАТ, триглицериды, общий холестерин, креатинин, глюкоза

Для пациенток детородного возраста дата проведения теста на беременность: _____

2 месяц лечения

Вес пациента, кг:

Рекомендованное количество капсул в сутки: 16 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Рекомендованное количество капсул в сутки: 8 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В
1			2			3			4			5			6		
8			9			10			11			12			13		
15			16			17			18			19			20		
22			23			24			25			26			27		
29			30			31			Общее количество мг в месяц:								
									мг/кг за 2-й месяц								

Примечания: зачеркните крестиком соответствующую ячейку, если пропустили прием препарата

Для пациенток детородного возраста дата проведения теста на беременность: _____

3 месяц лечения

Вес пациента, кг:

Рекомендованное количество капсул в сутки: 16 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Рекомендованное количество капсул в сутки: 8 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В
1			2			3			4			5			6		
8			9			10			11			12			13		
15			16			17			18			19			20		
22			23			24			25			26			27		
29			30			31			Общее количество мг в месяц:								
									мг/кг за 3-й месяц								

Примечания: зачеркните крестиком соответствующую ячейку, если пропустили прием препарата

Для пациенток детородного возраста дата проведения теста на беременность: _____

4 месяц лечения

Вес пациента, кг:

Рекомендованное количество капсул в сутки: 16 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Рекомендованное количество капсул в сутки: 8 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В
1			2			3			4			5			6		
8			9			10			11			12			13		
15			16			17			18			19			20		
22			23			24			25			26			27		
29			30			31			Общее количество мг в месяц:								
									мг/кг за 4-й месяц								

Примечания: зачеркните крестиком соответствующую ячейку, если пропустили прием препарата

Анализы: АлАТ, АсАТ, триглицериды, общий холестерин, креатинин, глюкоза

Для пациенток детородного возраста дата проведения теста на беременность: _____

5 месяц лечения

Вес пациента, кг:

Рекомендованное количество капсул в сутки: 16 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Рекомендованное количество капсул в сутки: 8 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В
1			2			3			4			5			6		
8			9			10			11			12			13		
15			16			17			18			19			20		
22			23			24			25			26			27		
29			30			31			Общее количество мг в месяц:								
									мг/кг за 5-й месяц								

Примечания: зачеркните крестиком соответствующую ячейку, если пропустили прием препарата

Для пациенток детородного возраста дата проведения теста на беременность: _____

6 месяц лечения

Вес пациента, кг:

Рекомендованное количество капсул в сутки: 16 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Рекомендованное количество капсул в сутки: 8 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В
1			2			3			4			5			6		
8			9			10			11			12			13		
15			16			17			18			19			20		
22			23			24			25			26			27		
29			30			31			Общее количество мг в месяц:								
									мг/кг за 6-й месяц								

Примечания: зачеркните крестиком соответствующую ячейку, если пропустили прием препарата

Для пациенток детородного возраста дата проведения теста на беременность: _____

7 месяц лечения

Вес пациента, кг:

Рекомендованное количество капсул в сутки: 16 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Рекомендованное количество капсул в сутки: 8 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В
1			2			3			4			5			6		
8			9			10			11			12			13		
15			16			17			18			19			20		
22			23			24			25			26			27		
29			30			31			Общее количество мг в месяц:								
									мг/кг за 7-й месяц								

Примечания: зачеркните крестиком соответствующую ячейку, если пропустили прием препарата

Анализы: АлАТ, АсАТ, триглицериды, общий холестерин, креатинин, глюкоза

Для пациенток детородного возраста дата проведения теста на беременность: _____

8 месяц лечения

Вес пациента, кг:

Рекомендованное количество капсул в сутки: 16 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Рекомендованное количество капсул в сутки: 8 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В
1			2			3			4			5			6		
8			9			10			11			12			13		
15			16			17			18			19			20		
22			23			24			25			26			27		
29			30			31			Общее количество мг в месяц:								
									мг/кг за 8-й месяц								

Примечания: зачеркните крестиком соответствующую ячейку, если пропустили прием препарата

Для пациенток детородного возраста дата проведения теста на беременность: _____

9 месяц лечения

Вес пациента, кг:

Рекомендованное количество капсул в сутки: 16 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Рекомендованное количество капсул в сутки: 8 мг ____ капсул. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В
1			2			3			4			5			6		
8			9			10			11			12			13		
15			16			17			18			19			20		
22			23			24			25			26			27		
29			30			31			Общее количество мг в месяц:								
									мг/кг за 9-й месяц								

Примечания: зачеркните крестиком соответствующую ячейку, если пропустили прием препарата

Для пациенток детородного возраста дата проведения теста на беременность: _____

10 месяц лечения

Вес пациента, кг:

Рекомендованное количество капсул в сутки: 16 мг ____ капс. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Рекомендованное количество капсул в сутки: 8 мг ____ капс. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В
1			2			3			4			5			6		
8			9			10			11			12			13		
15			16			17			18			19			20		
22			23			24			25			26			27		
29			30			31			Общее количество мг в месяц:								
									мг/кг за 10-й месяц								

Примечания: зачеркните крестиком соответствующую ячейку, если пропустили прием препарата

Анализы: АлАТ, АсАТ, триглицериды, общий холестерин, креатинин, глюкоза

Для пациенток детородного возраста дата проведения теста на беременность: _____

11 месяц лечения

Вес пациента, кг:

Рекомендованное количество капсул в сутки: 16 мг ____ капс. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Рекомендованное количество капсул в сутки: 8 мг ____ капс. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В
1			2			3			4			5			6		
8			9			10			11			12			13		
15			16			17			18			19			20		
22			23			24			25			26			27		
29			30			31			Общее количество мг в месяц:								
									мг/кг за 11-й месяц								

Примечания: зачеркните крестиком соответствующую ячейку, если пропустили прием препарата

Для пациенток детородного возраста дата проведения теста на беременность: _____

12 месяц лечения

Вес пациента, кг:

Рекомендованное количество капсул в сутки: 16 мг ____ капс. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Рекомендованное количество капсул в сутки: 8 мг ____ капс. (утро (У) или вечер (В), обвести нужное)

Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В	Дата	У	В
1			2			3			4			5			6		
8			9			10			11			12			13		
15			16			17			18			19			20		
22			23			24			25			26			27		
29			30			31			Общее количество мг в месяц:								
									мг/кг за 12-й месяц								

Примечания: зачеркните крестиком соответствующую ячейку, если пропустили прием препарата

После окончания лечения:

Дата анализа: АлАТ, АсАТ, триглицериды, общий холестерин, креатинин, глюкоза

Дата проведения теста на беременность для пациенток детородного возраста: _____

О ЧЕМ ЕЩЕ ВАЖНО ПОМНИТЬ ВО ВРЕМЯ ТЕРАПИИ ИЗОТРЕТИНОИНОМ*?

Когда нельзя принимать Акнекутан®:

- Если Вы беременны или кормите грудью
- Если есть вероятность, что Вы можете забеременеть, Вы должны следовать указаниям Программы по предотвращению беременности (см. листок-вкладыш/ОХЛП по применению препарата)
- Если у Вас аллергия на изотретиноин или любые другие компоненты препарата
- Если у Вас аллергия на арахис и сою, так как препарат содержит масло соевых бобов
- Если у Вас заболевания печени (печеночная недостаточность)
- Если у Вас высокий уровень витамина А (гипервитаминоз А)
- Если у Вас высокий уровень холестерина (выраженная гиперлипидемия)
- Если Вам назначено лечение антибиотиками группы тетрациклинов
- Если Ваш возраст менее 12 лет



Нельзя принимать препарат при беременности и в период кормления грудью

Пациенткам, которым был назначен Акнекутан® необходимо непрерывно использовать эффективные противозачаточные средства (методы контрацепции) в течение одного месяца до лечения препаратом Акнекутан®, во время лечения и в течение месяца после его окончания.

Важно!

Не сдавайте донорскую кровь во время лечения препаратом Акнекутан® и в течение 1 месяца после окончания лечения. Если беременная пациентка получит Вашу кровь, то ее нерожденному ребенку может быть нанесен вред.

Чего необходимо избегать во время лечения препаратом Акнекутан®?

- Употребления алкоголя и очень жирной пищи, фастфуда
- Воздействия солнечных и ультрафиолетовых лучей. Следует использовать солнцезащитный крем со значением защитного фактора не менее SPF 15 (sun protection factor)
- Проведения глубокой шлифовки кожи (глубокой химической дермабразии) и лечения лазером во время лечения, а также в течение 5-6 месяцев после окончания лечения
- Эпиляции (удаление волос) с помощью аппликаций воска в течение лечения и, как минимум, 6 месяцев после него
- Одновременного применения препарата Акнекутан® с местными наружными средствами, обладающими отшелушивающими свойствами из-за возможного усиления местного раздражения кожи
- Интенсивных упражнений и физической активности

Какие побочные явления встречаются чаще всего и каковы методы их коррекции?*

Сухость губ	Гигиеническая помада, бальзам или крем для губ (Перфэктоин® Интенсивное увлажнение).
Сухость слизистой оболочки носа	Увлажняющие спреи со смягчающим компонентом (Аква Марис® Плюс).
Сухость слизистой оболочки глаз	Препараты искусственной слезы (Оптинол®), отказ от ношения контактных линз в пользу очков
Сухость и шелушение кожи	Увлажняющие крема или бальзамы для очень сухой кожи (Перфэктоин® Интенсивное увлажнение).).

О любых возникающих побочных эффектах необходимо сообщить лечащему врачу для получения рекомендаций по дальнейшему лечению и способам коррекции нежелательных явлений

*Полная информация содержится в листок-вкладыш/ОХЛП по применению препарата Акнекутан®

Рекомендации по поддерживающей терапии:

О чем важно помнить?

После угревой сыпи на коже могут оставаться рубцы и пигментные пятна (чаще всего красные), которые называют постакне. Постакне является следствием глубокого и длительного воспаления в коже. После окончания курса лечения изотретиноином важно избегать глубокого травмирующего воздействия на кожу в течение 5-6 месяцев и не проводить такие процедуры как дермобразия, глубокие химические пилинги с целью коррекции постакне.

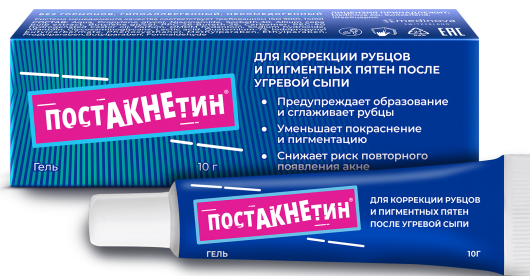
Врач уже в процессе лечения изотретиноином или сразу после его окончания может порекомендовать использование геля Постакнетин® для уменьшения выраженности рубцов и пятен гиперпигментации после акне.

Постакнетин® — это специализированный гель, который был специально разработан для борьбы с постакне. В его состав входят:

- ▶ глюкозаминогликаны для восстановления структуры кожи и снижения выраженности рубцовых изменений
- ▶ ниацинамид 4% для уменьшения пигментации кожи
- ▶ экстракт репчатого лука для уменьшения выраженности рубцов

Постакнетин® используется 2-3 раза в день или чаще и наносится на предварительно очищенную и высушенную кожу с проявлениями постакне.

Постакнетин® не имеет ограничений по длительности использования. Большинство респондентов отметило уменьшение выраженности пигментации и рубцовых изменений уже через 1 месяц после начала применения геля Постакнетин®*



*Study Satisfaction test, Derscan Asia, 2010 Исследование удовлетворенности пациентов. Дермскан Азия 2010.



ООО «ЯДРАН», 119330 г. Москва, Ломоносовский проспект 38, офис VII.
Тел. +7 (499) 143-33-71 Email: jadran@jgl.ru, www.jadran.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
ПРЕПАРАТА НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ!