

DATE D'ARRÊT DU TRAITEMENT PAR ACITRÉTINE :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR		Date et résultat du test de grossesse		Contraception utilisée		Date de la consultation	
Signature et cachet du médecin		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :	
		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :	
		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :	
		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :	
		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :	
		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :	
		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :	
		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :	
		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :	

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE SI VOUS ÊTES EN ÂGE D'AVOIR DES ENFANTS :

Au moins un mois avant l'initiation du traitement, pendant toute sa durée et pendant au moins 3 ans après l'arrêt du traitement :

- Vous ne devez pas débuter une grossesse ;
- Vous devez utiliser :
 - Au moins une méthode de contraception très fiable (par exemple, un dispositif intra-utérin ou un implant contraceptif),
 - Ou correctement, deux méthodes efficaces qui fonctionnent différemment (par exemple, une pilule hormonale et un préservatif).

Vous devez régulièrement effectuer des visites de suivi et des tests de grossesse sanguins :

- Avant de commencer le traitement, vous devez effectuer un test de grossesse sanguin, qui doit être négatif.
- Pour s'assurer que vous n'êtes pas enceinte pendant le traitement, votre

médecin vous prescrira un test de grossesse sanguin mensuel. Vous devrez effectuer ce test dans les 3 jours précédant votre consultation pour le renouvellement de votre traitement.

- Pendant 3 ans après l'arrêt du traitement, vous devrez également effectuer des tests de grossesse sanguins tous les 1 à 3 mois.

Chaque mois, vous devez aller chercher votre médicament à la pharmacie dans les **7 jours qui suivent sa prescription**.

Pendant toute la durée du traitement et dans les 2 mois qui suivent son arrêt, vous ne devez pas consommer d'alcool (boisson, aliment, médicament), car cela peut conduire à la formation d'étrétnate qui provoque également des malformations graves chez l'enfant à naître.

Ce médicament vous a été prescrit pour votre usage personnel, **ne le donnez à personne d'autre, et rapportez les gélules d'acitrétine inutilisées à la pharmacie**.

Ne donnez pas votre sang pendant la durée du traitement et pendant 3 ans après l'arrêt de celui-ci.

DÉCLARATION DES EFFETS INDÉSIRABLES

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice d'information.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des événements sanitaires

indésirables du ministère chargé de la santé : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

Pour plus d'information, consulter la rubrique "Déclarer un effet indésirable" sur le site Internet de l'ANSM : <https://ansm.sante.fr>

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

ES 11001 01 010 Juin2024

CARTE PATIENTE

POUR LA PATIENTE TRAITÉE PAR ACITRÉTINE (SORIATANE®)

Ce document est diffusé par les laboratoires commercialisant des médicaments à base d'acitétine, sous l'autorité de l'ANSM.

NOM DE LA PATIENTE :
TÉLÉPHONE :



CARTE PATIENTE pour la patiente traitée par acitrétine (Soriatane®)

Vous devez présenter cette carte à **votre médecin à chaque consultation** et à **votre pharmacien à chaque délivrance d'acitrétine** . Vous devez conserver, avec cette carte, le formulaire d'accord de soin signé et le présenter également à votre médecin à chaque consultation.

Nom du dermatologue :

Téléphone :

L'acitrétine ne doit pas être utilisée pendant la grossesse, et une grossesse ne doit pas être débutée dans les 3 ans suivant l'arrêt du traitement.

L'acitrétine peut nuire gravement à l'enfant à naître si elle est prise pendant la grossesse, ou si une grossesse est débutée dans les 3 ans suivant l'arrêt du traitement.

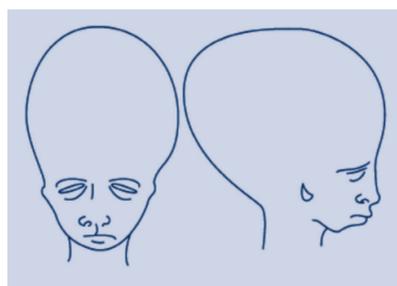
Si vous êtes enceinte ou si vous pensez l'être, arrêtez immédiatement votre traitement par acitrétine et contactez votre médecin.

Lisez attentivement la notice avant de commencer le traitement.

Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant la prise d'acitrétine, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

L'acitrétine est tératogène. Cela signifie que si vous êtes enceinte pendant le traitement, ou dans les 3 ans qui suivent l'arrêt du traitement, ce médicament peut provoquer de graves malformations pour l'enfant à naître.

Schéma des malformations externes possibles suite à une grossesse survenue lors d'un traitement par acitrétine : oreille(s) absente(s) ou d'insertion basse, grosse tête et petit menton, anomalies oculaires, malformations du palais.



Des malformations internes sont souvent associées. Ces malformations touchent le cœur, le thymus, le système nerveux et la glande parathyroïde.

Ce médicament peut également provoquer une fausse-couche.

TABLEAU DES CONSULTATIONS ET DES DÉLIVRANCES

Veillez utiliser ce tableau pour répertorier les dates de vos consultations avec votre médecin, les dates de délivrance de votre médicament par votre pharmacien ainsi que les dates des tests de grossesse pendant les 3 ans suivant l'arrêt du traitement :

PHARMACIEN	Date de la prochaine consultation	Signature et cachet du médecin	MÉDECIN PRESCRIPTEUR		Date de la consultation
			Date et résultat du test de grossesse	Contraception utilisée	
Nom de la spécialité délivrée Date de la délivrance et cachet de la pharmacie			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		
			<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :		