



# Tarjeta de recordatorio para la paciente Roacnetán<sup>®</sup> ▲

▲ Este medicamento está sujeto a monitoreo adicional. Esto permitirá la identificación rápida de nueva información de seguridad. Se les pide a los profesionales de salud que reporten todos los eventos adversos detectados. La información y los formularios de reporte se pueden encontrar en el sitio web del Instituto de Salud Pública de Chile.

**Roacnetán<sup>®</sup>**  
Isotretinoína



**Roacnetán<sup>®</sup> no debe tomarse durante el embarazo.**

Roacnetán<sup>®</sup> puede dañar seriamente al feto si una mujer embarazada lo toma.

**Si queda embarazada o cree que podría estar embarazada, deje de tomar Roacnetán<sup>®</sup> inmediatamente y comuníquese con su médico.**

Lea atentamente el prospecto antes de comenzar el tratamiento.

**Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de tomar Roacnetán<sup>®</sup>, hable con su médico o farmacéutico.**

## Qué debe hacer si puede quedar embarazada:

- Debe usar al menos 1 método anticonceptivo altamente eficaz (como un dispositivo intrauterino o un implante) o usar correctamente 2 métodos efectivos de anticoncepción que funcionan de diferentes maneras (tales como un anticonceptivo oral junto con un condón) antes, durante y por 1 mes después de suspender el tratamiento.
- **Usted no debe quedar embarazada mientras toma Roacnetán<sup>®</sup> o durante 1 mes después de suspender el tratamiento.**

- **Debe asistir a visitas de seguimiento regulares y hacerse pruebas de embarazo regularmente:**
  - Antes de comenzar el tratamiento, deberá realizarse una prueba de embarazo, que debe ser negativa.
  - Para asegurarse de que no esté embarazada durante el tratamiento, debe realizarse pruebas de embarazo con regularidad, idealmente todos los meses. También debe hacerse una prueba de embarazo final 1 mes después de suspender el tratamiento.



# **Recordatorio para hombres y mujeres**

Este medicamento se le ha recetado a usted, **no lo comparta con nadie y devuelva las cápsulas que no utilizó a la farmacia.**



# Tarjeta de recordatorio para el paciente

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Tabla de citas medicas

Utilice esta tabla para registrar las fechas de sus citas con su médico:



Fecha de la cita	Anticoncepción utilizada	Resultados de la prueba de embarazo	Firma del Médico
		<input type="checkbox"/> Positivo Fecha <input type="checkbox"/> Negativo	
		<input type="checkbox"/> Positivo Fecha <input type="checkbox"/> Negativo	
		<input type="checkbox"/> Positivo Fecha <input type="checkbox"/> Negativo	
		<input type="checkbox"/> Positivo Fecha <input type="checkbox"/> Negativo	
		<input type="checkbox"/> Positivo Fecha <input type="checkbox"/> Negativo	
		<input type="checkbox"/> Positivo Fecha <input type="checkbox"/> Negativo	
		<input type="checkbox"/> Positivo Fecha <input type="checkbox"/> Negativo	
		<input type="checkbox"/> Positivo Fecha <input type="checkbox"/> Negativo	
		<input type="checkbox"/> Positivo Fecha <input type="checkbox"/> Negativo	
		<input type="checkbox"/> Positivo Fecha <input type="checkbox"/> Negativo	