

**CURAKNE<sup>®</sup>** 5,10,20,40 mg  
Isotretinoin

## **INFORMATIONSBROSCHÜRE**

für Frauen unter  
Behandlung mit  
*oralem Isotretinoin*

Diese Broschüre darf nur von einer Ärztin oder einem Arzt an Patientinnen abgegeben werden, die CURAKNE<sup>®</sup> verschrieben bekommen haben.



LABORATOIRES

**Pierre Fabre**

Medical Dermatology

# IHR NÄCHSTER TERMIN

Datum .....  
Uhrzeit .....

Datum .....  
Uhrzeit .....

Datum .....  
Uhrzeit .....

Datum .....  
Uhrzeit .....

Datum .....  
Uhrzeit .....

Datum .....  
Uhrzeit .....

Datum .....  
Uhrzeit .....

Datum .....  
Uhrzeit .....

Datum .....  
Uhrzeit .....

Datum .....  
Uhrzeit .....

Datum .....  
Uhrzeit .....

Datum .....  
Uhrzeit .....

# CURAKNE® 5,10,20,40 mg

Isotretinoin

Sie erhalten diese Broschüre, weil Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen eine Behandlung mit CURAKNE® verschrieben hat, da die vorherigen Behandlungen (orale Antibiotika und lokale Behandlungen) nicht ausreichend wirksam waren. Es ist wichtig, dass Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt die Risiken besprechen, die mit dieser Behandlung verbunden sind.

Diese Broschüre soll Ihnen hilfreiche Informationen und Erklärungen zu den mit der Einnahme des Arzneimittels verbundenen hohen Risiken der Teratogenität (angeborene Missbildungen), psychiatrischen Erkrankungen sowie Fettstoffwechsel- und Lebererkrankungen geben.

Das in dieser Broschüre enthaltene Behandlungsheft wird Sie während der gesamten Dauer Ihrer Behandlung begleiten.

**Während der Behandlung mit oralem Isotretinoin müssen Sie jeden Monat Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aufsuchen.**

Weitere Informationen zu oralem Isotretinoin finden Sie in der Packungsbeilage, die dem Arzneimittel beiliegt.

Bitte beachten Sie, dass diese Broschüre nicht die Anweisungen Ihrer Ärztin oder Ihres Arztes oder die Packungsbeilagen von Arzneimitteln ersetzt. Wenden Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, wenn Sie weitere Fragen oder Bedenken bezüglich Ihrer Erkrankung oder des Behandlungsplans haben.

## VOR DER EINNAHME VON ORALEM ISOTRETINOIN



### Nehmen Sie kein orales Isotretinoin ein,

- wenn Sie **schwanger sind oder stillen**, wenn Sie schwanger werden könnten und Sie eine Schwangerschaft nicht verhindern können, wenn Sie eine Schwangerschaft planen oder wenn Sie im gebärfähigen Alter sind und Sie nicht die Verhütungsmassnahmen einhalten, die diese Behandlung erfordert, um schädliche Auswirkungen auf Ihr Baby zu vermeiden.
- wenn Sie **sehr hohe Blutfettwerte** (Cholesterin, Triglyceride) **oder Transaminasewerte** (Leberenzyme) **haben**. Wenden Sie sich in diesem Fall an Ihre verschreibende Ärztin oder Ihren verschreibenden Arzt.



### Informieren Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt,

- wenn Sie in der Vergangenheit **Depressionen oder andere psychologische bzw. psychiatrische Erkrankungen hatten oder wenn Sie derzeit wegen solcher Erkrankungen behandelt werden oder wenn Sie psychiatrisch betreut werden**.
- wenn Sie Folgendes bemerken: psychiatrische Störungen, insbesondere Anzeichen einer Depression (Traurigkeit, Weinkrämpfe, Selbstmordgedanken, Rückzug aus dem Sozial- oder Familienleben), psychische Erkrankungen mit seltsamen oder verstörenden Gedanken oder Stimmungsschwankungen.



### Brechen Sie die Behandlung sofort ab und suchen Sie umgehend Ihre Ärztin oder Ihren Arzt auf,

- wenn Sie während der Behandlung schwanger werden oder vermuten, schwanger zu sein. Sie müssen Ihre Ärztin oder Ihren Arzt auch darüber informieren, wenn Sie innerhalb von 5 Wochen nach Beendigung der Behandlung mit Isotretinoin schwanger werden.

#### WARNHINWEIS

**Bei der Einnahme von oralem Isotretinoin während der Schwangerschaft besteht das Risiko von Missbildungen beim Neugeborenen/Säugling. Orales Isotretinoin darf während der Schwangerschaft und Stillzeit nicht eingenommen werden (absolute Gegenanzeigen), siehe unten stehender Kasten.**

- Geben Sie niemals orales Isotretinoin an eine andere Person weiter, insbesondere nicht an eine andere Frau.
- Bringen Sie nicht benötigte Kapseln am Ende der Behandlung in die Apotheke zurück.
- Spenden Sie kein Blut während der gesamten Behandlungsdauer und für einen Monat nach Behandlungsende. Wenn eine schwangere Frau Ihr Blut erhalten würde, könnte ihr Baby mit schweren Missbildungen geboren werden.

## 2

## SCHWANGERSCHAFTSVERHÜTENDE MASSNAHMEN



### Warnhinweis für Patientinnen:

- **Anwendung während der Schwangerschaft und Stillzeit:** Orales Isotretinoin darf während der Schwangerschaft und Stillzeit nicht eingenommen werden (absolute Gegenanzeigen), siehe unten stehender Kasten.

## WICHTIGE INFORMATIONEN ZU SCHWANGERSCHAFT UND STILLZEIT

**Schwangerschaft und Stillzeit sind absolute Gegenanzeigen für eine Behandlung mit Isotretinoin.**

**Isotretinoin ist teratogen (schädlich für den Fetus).** Das heisst, wenn Sie während der Behandlung oder innerhalb eines Monats nach der Behandlung schwanger werden, kann dieses Medikament zu schweren Missbildungen beim ungeborenen Kind führen.

Mögliche **äussere Missbildungen**, die nach einer Schwangerschaft unter Behandlung mit Isotretinoin eingetreten sind: fehlende(s) oder tief liegende(s) Ohr(en), grosser Kopf und kleines Kinn, Fehlbildungen der Augen, Missbildungen des Gaumens.

Häufig sind auch **innere Missbildungen** damit verbunden. Diese Missbildungen betreffen das Herz, die Thymusdrüse, das Nervensystem und die Nebenschilddrüse.

Dieses Arzneimittel kann auch eine Fehlgeburt verursachen.

### Nehmen Sie Isotretinoin nicht ein, wenn

- Sie schwanger sind oder beabsichtigen, zu irgendeinem Zeitpunkt während der Behandlung oder innerhalb eines Monats nach deren Beendigung schwanger zu werden.
- Sie stillen, da Isotretinoin in Ihre Milch übergehen und das Baby schädigen kann.

## SCHWANGERSCHAFTSVERHÜTENDE MASSNAHMEN

**Orales Isotretinoin ist bei Frauen im gebärfähigen Alter kontraindiziert, sofern nicht alle schwangerschaftsverhütenden Massnahmen eingehalten werden.**

**Bedingungen für die Verschreibung von Isotretinoin an Frauen im gebärfähigen Alter:**

- Sie haben verstanden, dass ein teratogenes Risiko (fetale Toxizität) besteht.
- Sie haben verstanden, warum Sie nicht schwanger werden dürfen.
- Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat Ihnen die verschiedenen Methoden der Empfängnisverhütung erklärt, mit denen der Eintritt einer Schwangerschaft verhindert werden kann, und Ihnen eine Broschüre zu diesem Thema ausgehändigt.
- Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird Sie eventuell an eine Gynäkologin oder an einen Gynäkologen überweisen.
- Sie stimmen zu, mindestens eine hochwirksame Verhütungsmethode oder zwei wirksame Verhütungsmethoden zu verwenden, die auf unterschiedliche und sich ergänzende Weise wirken:
  - für mindestens 1 Monat vor Beginn der Behandlung mit Isotretinoin,
  - während der gesamten Behandlungsdauer,
  - für mindestens 1 Monat nach Behandlungsende.

Sie wenden diese Verhütungsmethode auch dann an, wenn Sie nicht sexuell aktiv sind oder Ihre Periode ausbleibt. Bitte lesen Sie auch den Abschnitt über Empfängnisverhütung, der in dieser Broschüre enthalten ist.

- Sie verstehen und akzeptieren die Notwendigkeit einer monatlichen ärztlichen Untersuchung. Im Rahmen dieser Untersuchung wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt einen Schwangerschaftstest anordnen:
  - bevor Sie die Therapie mit Isotretinoin beginnen werden,
  - idealerweise jeden Monat während der gesamten Dauer dieser Behandlung,
  - fünf Wochen nach Behandlungsende.

Diese Schwangerschaftstests müssen innerhalb von drei Tagen vor Ihrem Arzttermin durchgeführt werden, am besten in den ersten drei Tagen Ihres Menstruationszyklus (Periode).

**Das Ergebnis jedes Schwangerschaftstests muss negativ sein. Sie dürfen weder während der Behandlung noch innerhalb eines Monats nach Behandlungsende schwanger werden.**

**Kontaktieren Sie sofort Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, wenn Sie bemerken, dass Ihre Periode verspätet ist oder wenn Sie aus irgendeinem anderen Grund schwanger sein könnten.**

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR BEHANDLUNG UND ZUR EMPFÄNGNISVERHÜTUNG

- Sie werden am Ende dieser Broschüre ein Dokument mit dem Namen «Einwilligungserklärung zur Behandlung und zur Empfängnisverhütung» finden. Sie müssen dieses sorgfältig lesen und es unterschreiben, wenn Sie alle Informationen verstanden haben. Mit diesem Dokument soll sichergestellt werden, dass Sie die mit der Behandlung verbundenen Risiken verstanden haben und sich dazu bereit erklären, die Massnahmen zur Schwangerschaftsverhütung zu befolgen, die für die Einleitung und Fortsetzung der Isotretinoin-Behandlung erforderlich sind.
- Sie sollten ein Exemplar dieses Dokuments in dieser Broschüre aufbewahren.
- Stellen Sie sicher, dass Sie Ihrer Ärztin oder Ihrer Apothekerin bzw. Ihrem Arzt oder Ihrem Apotheker alle Fragen stellen, die Sie haben.
- Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird auf diese Weise sicherstellen, dass Sie über die Vorsichtsmassnahmen informiert wurden, die Sie treffen müssen, um während der Behandlung mit Isotretinoin und einen Monat nach Beendigung der Behandlung NICHT schwanger werden.

### 3

## PSYCHIATRISCHE WIRKUNGEN

In seltenen Fällen entwickelten manche Patientinnen und Patienten, während sie orales Isotretinoin einnahmen oder kurz nach dem Absetzen von Isotretinoin, eine Depression, kam es zu einer Verschlimmerung ihrer Depression oder entwickelten andere bedeutende psychische Erkrankungen. Diese Störungen äussern sich in Symptomen wie Traurigkeit, Angst, Stimmungsschwankungen, Weinkrämpfen, Reizbarkeit, Verlust von Freude oder Interesse an sozialen oder sportlichen Aktivitäten, zu viel oder zu wenig Schlaf, Veränderungen des Gewichts oder des Appetits, verminderte Leistungen in der Schule oder am Arbeitsplatz oder Konzentrationsschwierigkeiten.

In sehr seltenen Fällen hatten einige Patientinnen und Patienten Selbstmordgedanken, die manchmal auch in die Tat umgesetzt wurden. Sehr selten wurde über Patientinnen und Patienten berichtet, die während der Einnahme von oralem Isotretinoin gewalttätig oder aggressiv wurden. Es wurde berichtet, dass manche dieser Patientinnen und Patienten nicht depressiv zu sein schienen.

Obwohl ein Zusammenhang zwischen der Einnahme von Isotretinoin und dem Auftreten dieser Störungen nicht nachgewiesen wurde, ist insbesondere auf Stimmungsschwankungen zu achten. Informieren Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, wenn Sie bereits eine psychiatrische Erkrankung wie Depression, Suizidverhalten oder Psychose (Verlust des Kontakts zur Realität, wie Stimmen hören oder Dinge sehen, die nicht existieren) hatten oder wenn ein Familienmitglied an einer psychiatrischen Störung leidet oder gelitten hat.

Informieren Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, wenn Sie für eines dieser Symptome Arzneimittel einnehmen.

Wenn Sie vermuten, dass Sie eines dieser psychiatrischen Symptome entwickeln, wenden Sie sich sofort an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt. Sie bzw. er wird Ihnen vielleicht raten, die Einnahme von oralem Isotretinoin zu beenden. Es kann jedoch sein, dass das Absetzen von oralem Isotretinoin nicht ausreicht, um Ihre Symptome zu lindern, und Sie möglicherweise zusätzliche Hilfe benötigen. Ihre Ärztin oder Ihren Arzt kann dafür sorgen, dass Sie diese bekommen.

Sprechen Sie mit Ihnen nahestehenden Personen über Ihre Behandlung. Sie könnten Stimmungsschwankungen bemerken, die Sie selbst nicht bemerkt hätten.

4

## FETTSTOFFWECHSEL- UND LEBERFUNKTIONSSTÖRUNGEN: ANSTIEG DER BLUTWERTE VON TRIGLYCERIDEN, CHOLESTERIN UND TRANSAMINASEN (LEBERENZYME) SOWIE HEPATITIS

Eine Bestimmung der Blutfettwerte und Transaminasespiegel im Blut (Nüchternwerte) muss vor der Behandlung, 1 Monat nach Behandlungsbeginn und danach alle 3 Monate durchgeführt werden, es sei denn, eine häufigere Kontrolle ist klinisch erforderlich. Bei einem Anstieg der Blutfettwerte oder Transaminasespiegel muss Ihre Ärztin oder Ihr Arzt womöglich zusätzliche Bluttests anordnen und erforderliche Massnahmen ergreifen. Bei starken Schmerzen im Oberbauch, die in den Rücken ausstrahlen, beenden Sie die Einnahme des oralen Isotretinoin und wenden Sie sich sofort an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt..

5

## WEITERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE ANWENDUNG

- Nehmen Sie während der Behandlung mit oralem Isotretinoin keine Arzneimittel ein, die Vitamin A (Risiko einer Hypervitaminose) oder ein Antibiotikum aus der Familie der Tetracycline enthalten (Risiko für Bluthochdruck im Gehirn).
- Vermeiden Sie intensive Sonneneinstrahlung. Orales Isotretinoin kann während der Behandlungsdauer zu einer erhöhten Sonnenempfindlichkeit führen. Tragen Sie immer eine Sonnenschutzcreme mit hohem LSF (Lichtschutzfaktor) auf (LSF 15 oder höher), falls Sie sich dennoch der Sonne aussetzen.
- Vermeiden Sie die Anwendung von irritierenden Produkten (z. B. Peeling-Creme). Die gleichzeitige Anwendung von keratolytisch wirkenden oder hautschälenden Aknemitteln sollte während der Behandlung mit oralem Isotretinoin aufgrund eines erhöhten Risikos örtlicher Hautirritationen vermieden werden.
- Tragen Sie eine Brille anstatt Kontaktlinsen, wenn Sie während der Behandlung sehr trockene Augen bekommen, oder verwenden Sie eine Augensalbe oder künstliche Tränen.
- Vermeiden Sie während der Behandlung anstrengende körperliche Aktivitäten.
- Vermeiden Sie während der Behandlung und für mindestens sechs Monate nach dem Behandlungsende die Haarentfernung mit Wachs. Vermeiden Sie im selben Zeitraum auch die Dermabrasion mittels Operation oder Laser (Techniken zur Glättung der Haut, um Narben oder Alterungserscheinungen zu verringern). Diese Verfahren können zu Narbenbildung, Hypo- oder Hyperpigmentierung (Entfärbung oder verstärkte Färbung) der Haut oder zur Abschälung der Epidermis führen.

8



# BEHANDLUNGSHEFT

- Das vorliegende Behandlungsheft soll Ihnen bei der Organisation Ihrer Termine, Verschreibungen und notwendigen Schwangerschaftstests helfen. Sie können es aufbewahren und Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt bei jedem Arztbesuch und Ihrer Apothekerin oder Ihrem Apotheker bei jeder Abgabe von Isotretinoin vorlegen.
- **Ihre Ärztin oder Ihr Arzt kann die für sie oder für ihn bestimmten Einträge ergänzen.**
- Sie bzw. er vermerkt das Datum Ihres nächsten Untersuchungstermins und das Datum, an dem Sie einen Schwangerschaftstest durchführen lassen müssen, bevor Sie zu Ihrem nächsten Untersuchungstermin gehen.
- Bei diesem Termin wird er das Datum und das Ergebnis des Schwangerschaftstests vermerken (denken Sie daran, Ihr Ergebnis mitzubringen).

1

## BEGINN DER BEHANDLUNG UND ERNEUERUNG DER VERSCHREIBUNGEN

- Sie müssen **UNBEDINGT** mit der Behandlung innerhalb von 7 Tagen nach der Verschreibung beginnen. Ihr Schwangerschaftstest muss negativ ausgefallen sein.

2

## BEZUG VON ISOTRETINOIN

- Bei der Aushändigung des Arzneimittels in Ihrer Apotheke können Sie dieses Behandlungsheft vorlegen, um die Überprüfung bestimmter Angaben zu erleichtern. Die Verschreibung darf nicht älter als 7 Tage sein. Die Apothekerin oder der Apotheker wird das Produkt nicht abgeben, wenn die Verschreibung älter als 7 Tage ist.

## 3

**MELDUNG VON NEBENWIRKUNGEN**

Falls Sie eine unerwünschte Wirkung bemerken, sollten Sie darüber mit Ihrer Ärztin oder Apothekerin bzw. Ihrem Arzt oder Apotheker oder Ihrer Pflegefachperson sprechen. Dies gilt auch für jede unerwünschte Wirkung, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben ist.

Sie können unerwünschte Wirkungen auch direkt über die Internetseite des Schweizerischen Heilmittelinstituts (Swissmedic), über [www.swissmedic.ch](http://www.swissmedic.ch), melden. Indem Sie Nebenwirkungen melden, können Sie dazu beitragen, dass mehr Informationen über die Sicherheit dieses Arzneimittels zur Verfügung stehen.

## 4

**VOR BEGINN DER BEHANDLUNG**

Verhütungsmethode	
Datum des Beginns der Empfängnisverhütung	____/____/____
Datum des nächsten Termins	____/____/____
Datum des nächsten Schwangerschaftstests	____/____/____
Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes	

## 5 1. VERSCHREIBUNG

Verhütungsmethode	
Ergebnis des Schwangerschaftstests	<input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV
Datum der Durchführung des Schwangerschaftstests	____/____/____
Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes	
Datum des nächsten Termins	____/____/____
Datum des nächsten Schwangerschaftstests	____/____/____
Name des verschriebenen Arzneimittels	
Name des abgegebenen Arzneimittels, Datum der Abgabe und Stempel der Apotheke	ABGEBEBENES ARZNEIMITTEL: _____ ____/____/____
Anmerkungen bei Nichtabgabe des Arzneimittels	

## 6

## ERNEUERUNG DER VERSCHREIBUNG

Verhütungsmethode	
Ergebnis des Schwangerschaftstests	<input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV
Datum der Durchführung des Schwangerschaftstests	____/____/____
Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes	
Datum des nächsten Termins	____/____/____
Datum des nächsten Schwangerschaftstests	____/____/____
Name des verschriebenen Arzneimittels	
Name des abgegebenen Arzneimittels, Datum der Abgabe und Stempel der Apotheke	ABGEBEBENES ARZNEIMITTEL: _____ ____/____/____
Anmerkungen bei Nichtabgabe des Arzneimittels	

## 6

## ERNEUERUNG DER VERSCHREIBUNG

Verhütungsmethode	
Ergebnis des Schwangerschaftstests	<input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV
Datum der Durchführung des Schwangerschaftstests	____/____/____
Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes	
Datum des nächsten Termins	____/____/____
Datum des nächsten Schwangerschaftstests	____/____/____
Name des verschriebenen Arzneimittels	
Name des abgegebenen Arzneimittels, Datum der Abgabe und Stempel der Apotheke	ABGEBEBENES ARZNEIMITTEL: _____ ____/____/____
Anmerkungen bei Nichtabgabe des Arzneimittels	

## 6

## ERNEUERUNG DER VERSCHREIBUNG

Verhütungsmethode	
Ergebnis des Schwangerschaftstests	<input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV
Datum der Durchführung des Schwangerschaftstests	____/____/____
Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes	
Datum des nächsten Termins	____/____/____
Datum des nächsten Schwangerschaftstests	____/____/____
Name des verschriebenen Arzneimittels	
Name des abgegebenen Arzneimittels, Datum der Abgabe und Stempel der Apotheke	ABGEBEBENES ARZNEIMITTEL: _____ ____/____/____
Anmerkungen bei Nichtabgabe des Arzneimittels	

## 6

## ERNEUERUNG DER VERSCHREIBUNG

Verhütungsmethode	
Ergebnis des Schwangerschaftstests	<input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV
Datum der Durchführung des Schwangerschaftstests	____/____/____
Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes	
Datum des nächsten Termins	____/____/____
Datum des nächsten Schwangerschaftstests	____/____/____
Name des verschriebenen Arzneimittels	
Name des abgegebenen Arzneimittels, Datum der Abgabe und Stempel der Apotheke	ABGEBEBENES ARZNEIMITTEL: _____ ____/____/____
Anmerkungen bei Nichtabgabe des Arzneimittels	

## 6

## ERNEUERUNG DER VERSCHREIBUNG

Verhütungsmethode	
Ergebnis des Schwangerschaftstests	<input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV
Datum der Durchführung des Schwangerschaftstests	____/____/____
Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes	
Datum des nächsten Termins	____/____/____
Datum des nächsten Schwangerschaftstests	____/____/____
Name des verschriebenen Arzneimittels	
Name des abgegebenen Arzneimittels, Datum der Abgabe und Stempel der Apotheke	ABGEBEBENES ARZNEIMITTEL: _____ ____/____/____
Anmerkungen bei Nichtabgabe des Arzneimittels	



## 6

## ERNEUERUNG DER VERSCHREIBUNG

Verhütungsmethode	
Ergebnis des Schwangerschaftstests	<input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV
Datum der Durchführung des Schwangerschaftstests	____/____/____
Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes	
Datum des nächsten Termins	____/____/____
Datum des nächsten Schwangerschaftstests	____/____/____
Name des verschriebenen Arzneimittels	
Name des abgegebenen Arzneimittels, Datum der Abgabe und Stempel der Apotheke	ABGEBEBENES ARZNEIMITTEL: _____ ____/____/____
Anmerkungen bei Nichtabgabe des Arzneimittels	

## 6

## ERNEUERUNG DER VERSCHREIBUNG

Verhütungsmethode	
Ergebnis des Schwangerschaftstests	<input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV
Datum der Durchführung des Schwangerschaftstests	____/____/____
Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes	
Datum des nächsten Termins	____/____/____
Datum des nächsten Schwangerschaftstests	____/____/____
Name des verschriebenen Arzneimittels	
Name des abgegebenen Arzneimittels, Datum der Abgabe und Stempel der Apotheke	ABGEBEBENES ARZNEIMITTEL: _____ ____/____/____
Anmerkungen bei Nichtabgabe des Arzneimittels	

## 6

## ERNEUERUNG DER VERSCHREIBUNG

Verhütungsmethode	
Ergebnis des Schwangerschaftstests	<input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV
Datum der Durchführung des Schwangerschaftstests	____/____/____
Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes	
Datum des nächsten Termins	____/____/____
Datum des nächsten Schwangerschaftstests	____/____/____
Name des verschriebenen Arzneimittels	
Name des abgegebenen Arzneimittels, Datum der Abgabe und Stempel der Apotheke	ABGEGEBENES ARZNEIMITTEL: _____ ____/____/____
Anmerkungen bei Nichtabgabe des Arzneimittels	

## 6

## ERNEUERUNG DER VERSCHREIBUNG

Verhütungsmethode	
Ergebnis des Schwangerschaftstests	<input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV
Datum der Durchführung des Schwangerschaftstests	____/____/____
Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes	
Datum des nächsten Termins	____/____/____
Datum des nächsten Schwangerschaftstests	____/____/____
Name des verschriebenen Arzneimittels	
Name des abgegebenen Arzneimittels, Datum der Abgabe und Stempel der Apotheke	ABGEBEBENES ARZNEIMITTEL: _____ ____/____/____
Anmerkungen bei Nichtabgabe des Arzneimittels	

## 6

## ERNEUERUNG DER VERSCHREIBUNG

Verhütungsmethode	
Ergebnis des Schwangerschaftstests	<input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV
Datum der Durchführung des Schwangerschaftstests	____/____/____
Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes	
Datum des nächsten Termins	____/____/____
Datum des nächsten Schwangerschaftstests	____/____/____
Name des verschriebenen Arzneimittels	
Name des abgegebenen Arzneimittels, Datum der Abgabe und Stempel der Apotheke	ABGEBEBENES ARZNEIMITTEL: _____ ____/____/____
Anmerkungen bei Nichtabgabe des Arzneimittels	

Führen Sie den letzten von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt verordneten Schwangerschaftstest 5 Wochen nach Beendigung Ihrer Behandlung mit oralem Isotretinoin durch. Das Ergebnis muss vom Analyselabor an die Ärztin bzw. den Arzt geschickt werden.

Datum der Durchführung des Schwangerschaftstests	____/____/____
Ergebnis des Schwangerschaftstests	<input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV

Sollte das Ergebnis positiv ausfallen, wenden Sie sich sofort an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt..

# INFORMATIONSBROSCHÜRE ZUR EMPFÄNGNISVERHÜTUNG

FALSCH E VORSTELLUNGEN ÜBER DIE SCHWANGERSCHAFT.....	24
WIE KOMMT ES ZU EINER SCHWANGERSCHAFT?.....	24
WIE FUNKTIONIERT DIE EMPFÄNGNISVERHÜTUNG?.....	26
Hormonelle Empfängnisverhütung.....	26
• Die kombinierte Empfängnisverhütung.....	26
• Verhütung mit Gestagenen.....	27
Das Intrauterinpeissar (IUP).....	28
Mechanische Verhütungsmittel (Barrieremethoden).....	28
• Kondome.....	26
• Spermizide.....	29
• Diaphragmen und Portiokappen.....	29
Methoden der Notfallverhütung.....	30
• Die Pille danach.....	30
• Die Kupferspirale.....	30
Die Sterilisation.....	30
ZUGANG ZU VERHÜTUNGSMITTELN, BERATUNG UND BETREUUNG.....	31

In dieser Broschüre werden verschiedene wirksame Verhütungsmethoden erläutert. Sie dient lediglich der Aufklärung und ersetzt keinesfalls eine Beratung durch medizinisches Fachpersonal.

# 1

## FALSCHES VORSTELLUNGEN ÜBER DIE SCHWANGERSCHAFT

Möglicherweise haben Sie gelesen oder gehört, dass es unmöglich ist, schwanger zu werden, wenn

- es sich um Ihren ersten Geschlechtsverkehr handelt.
- Sie keinen Orgasmus haben.
- Sie keine Periode haben.
- Ihr Partner seinen Penis aus Ihrer Vagina zieht, bevor er ejakuliert («kommt»).
- Sie während Ihrer Periode Geschlechtsverkehr haben.
- Sie stillen.
- Sie nach dem Geschlechtsverkehr eine Vaginaldusche durchführen (waschen der Vagina mit Wasser).
- Sie und Ihr Partner beim Geschlechtsverkehr bestimmte Positionen einnehmen, z. B. im Stehen.

All diese Annahmen sind FALSCH. Sie KÖNNEN jedes Mal schwanger werden, wenn Sie Geschlechtsverkehr haben und kein Verhütungsmittel benutzen.

# 2

## WIE KOMMT ES ZU EINER SCHWANGERSCHAFT?



### Einige Definitionen:

**Der Menstruationszyklus** ist die Zeitspanne zwischen 2 Regelblutungen. Der 1. Tag der Menstruation entspricht dem 1. Zyklustag.

**Der Eisprung** entspricht der Freisetzung einer Eizelle aus einem der Eierstöcke. Dies geschieht einmal pro Zyklus, in der Regel in der Mitte des Zyklus, um den 14. Tag bei einer durchschnittlichen Zykluslänge von 28 Tagen.

**Der Eileiter** ist der Gang, der den Eierstock mit der Gebärmutter verbindet. Es gibt zwei Eileiter, einen auf der rechten und einen auf der linken Seite.

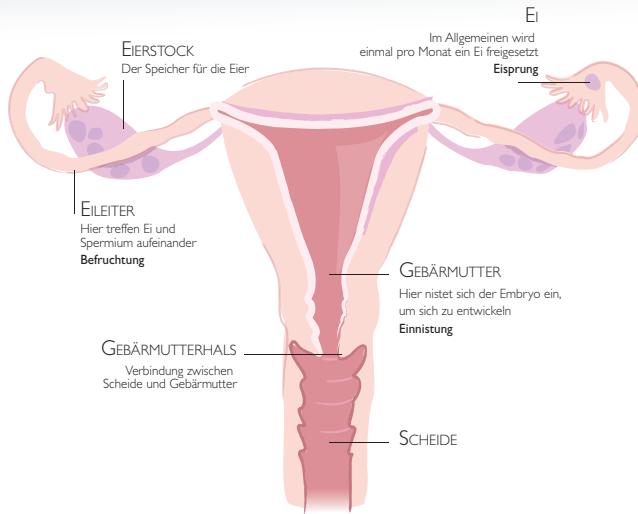
**Die Befruchtung** ist das Zusammentreffen und die Verschmelzung einer Spermazelle mit einer Eizelle. Man sagt dann, dass die Eizelle befruchtet ist.

**Die Einnistung** beschreibt den Vorgang, wenn die befruchtete Eizelle sich in der Innenwand der Gebärmutter (dem sog. Endometrium) einnistet.

Um zu verstehen, wie Verhütung funktioniert, ist es hilfreich, die Abläufe zu kennen, durch die eine Schwangerschaft bei einer Frau beginnt.

**Nach dem Eisprung** wandert die Eizelle durch den Eileiter in Richtung Gebärmutter. Während des Geschlechtsverkehrs werden bei der Ejakulation Millionen von Spermien, die im Sperma enthalten sind, in der Vagina der Frau freigesetzt, wodurch die **Befruchtung** ermöglicht wird.





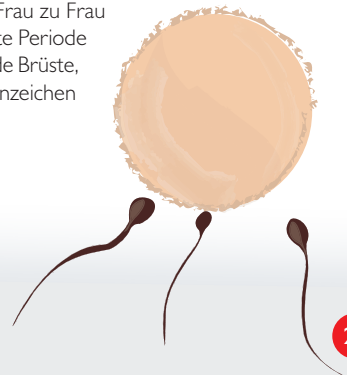
Denn Spermien bewegen sich schnell und können in weniger als 2 Minuten bis zu den Eileitern aufsteigen. Ein einziges Spermium reicht aus, um die Eizelle zu befruchten. Kommt es zu keiner **Befruchtung** durch ein Spermium, werden die Eizelle und das Endometrium (Gebärmutter Schleimhaut) abgestossen, was dem Eintreten der Menstruation entspricht.

Wenn die Befruchtung stattgefunden hat, wandert die befruchtete Eizelle durch den Eileiter bis in die Gebärmutter, wo sie sich einnistet. Diesen Vorgang bezeichnet man als **Nidation**. Es ist der Beginn einer Schwangerschaft. Der Embryo (befruchtete eingenistete Eizelle) und später der Fetus (ungeborenes Kind) werden sich in der Gebärmutter entwickeln und wachsen.

Die im Folgenden beschriebenen Verhütungsmethoden verhindern einen der folgenden Vorgänge:

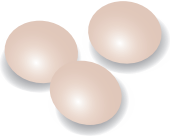
- Eisprung: Dies ist der Fall bei der Pille, dem Implantat und dem Pflaster.
- Einnistung: Dies ist der Fall beim Intrauterinpeessar (IUP) oder der Spirale.
- Befruchtung: Dies ist der Fall bei lokalen Barrieremethoden, die verhindern, dass Spermien in die Gebärmutter eindringen.

Anzeichen und Symptome einer Schwangerschaft sind von Frau zu Frau unterschiedlich: Ausbleiben der Periode oder eine veränderte Periode (weniger Blutungen, kürzere Dauer der Periode), schmerzende Brüste, Übelkeit, Erbrechen etc. Es kann aber auch sein, dass keine Anzeichen und Symptome auftreten oder sie unbemerkt bleiben.



### 3

## WIE FUNKTIONIERT DIE EMPFÄNGNISVERHÜTUNG?



### Welche Verhütungsmethode soll ich anwenden?

Von den sexuell aktiven Frauen (die regelmässig Geschlechtsverkehr haben), die keine Verhütungsmittel verwenden, werden 80 – 90 % innerhalb eines Jahres schwanger. Daher ist es notwendig, zur Verhinderung einer Schwangerschaft eine Verhütungsmethode anzuwenden.

Es gibt verschiedene Arten der Empfängnisverhütung, bei denen es sich um Barriere- oder hormonelle Verhütungsmethoden handeln kann.

Nicht alle Verhütungsmethoden sind gleich wirksam bei der Verhinderung von Schwangerschaften.

Um eine Schwangerschaft zu vermeiden, ist es daher wichtig, dass Sie genau wissen, welche Methoden für Sie am besten funktionieren und wie Sie die von Ihnen gewählte Methode am besten anwenden können.

Zu den **SEHR WIRKSAMEN Verhütungsmethoden** gehören subkutane Implantate oder Intrauterinpressare. Beide Methoden ermöglichen eine Verhütung über mehrere Jahre hinweg. Zu den **WIRKSAMEN** Verhütungsmethoden zählen die Pille, die regelmässig eingenommen und deren Einnahme nicht vergessen werden darf, der monatlich zu erneuernde Vaginalring und das wöchentlich zu ersetzende transdermale Pflaster, das in jedem Zyklus angewendet werden muss.

**BARRIERE-METHODEN**, wie z. B. Kondome, werden am Ende dieser Broschüre erwähnt, da ihre alleinige Nutzung nicht für Ihre Situation, die eine wirksame Verhütung erfordert, geeignet sind. Sie können aber zusätzlich zu einer wirksamen Verhütung eingesetzt werden, um das Risiko einer Schwangerschaft so weit wie möglich zu verringern.



### Hormonelle Empfängnisverhütung

Es gibt zwei Arten von hormoneller Verhütung: die kombinierte Verhütung (Kombination von zwei Hormonen = Östrogen + Gestagen) und die Gestagenverhütung (nur ein Hormon = Gestagen).

#### 1 - Die kombinierte hormonelle Empfängnisverhütung

Es gibt verschiedene Arten der kombinierten Verhütungsmittel, die sich unterscheiden nach:

- der Art der Hormone, die sie enthalten.
- der Dosierung der Hormone, die sie enthalten.
- der Verteilung der Hormonmenge über den Menstruationszyklus (z. B. monophasische, biphasische oder sequenzielle Pille).
- der Dauer der Einnahme während des Zyklus.
- der Art der Anwendung.

Es gibt mehrere Anwendungsformen: die orale Einnahme, im Volksmund als «Pille» bezeichnet (eine Tablette, die täglich eingenommen wird), die vaginale Anwendung (ein flexibler Ring mit einem Durchmesser von 54 mm und einem Querschnitt von 4 mm, der für eine Dauer von drei Wochen in der Scheide platziert wird) und die transdermale Anwendung (ein Pflaster, das drei Wochen lang wöchentlich auf die Haut geklebt wird), die in jedem Zyklus wiederholt werden.

## 2 - Verhütung mit Gestagenen

Auch in diesem Fall gibt es verschiedene Anwendungsformen: die orale Einnahme (eine Tablette, die täglich eingenommen wird), die subkutane (ein subkutanes Implantat, das unter örtlicher Betäubung direkt unter die Haut an der Innenseite des Arms eingesetzt wird) sowie die intramuskuläre Anwendung (eine Injektion in einen Muskel alle drei Monate).

### Wichtige Hinweise:

Bei der oralen hormonellen Empfängnisverhütung muss die Pille jeden Tag zur gleichen Zeit eingenommen werden, bis alle Tabletten der Packung aufgebraucht sind.

Die Uhrzeit, die Sie für die Einnahme der Pille gewählt haben, ist an sich nicht wichtig, aber es ist wichtig, dass Sie sie täglich einhalten, sobald Sie sie einmal gewählt haben.

### Wenn die Einnahme der Pille vergessen wurde

Wenn Sie die Einnahme einer oder mehrerer Tabletten vergessen haben, ist die Pille weniger wirksam. Ebenfalls gilt, wenn Sie vergessen, das Pflaster oder den Ring zum vorgesehenen Zeitpunkt zu ersetzen, wirken diese dann auch weniger zuverlässig.

Auch wenn die Einnahme bzw. der Ersatz vergessen wurde, ist es jedoch meistens möglich, dies wieder nachzuholen. Beachten Sie die Anweisungen in der Packungsbeilage des Verhütungsmittels, das Sie zusammen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt ausgewählt haben, da die Anweisungen für den Fall, dass Sie die Anwendung vergessen, von einem Verhütungsmittel zum anderen verschieden sein können.

### **Besondere Situationen, in denen die Wirksamkeit von oralen Verhütungsmitteln herabgesetzt sein kann:**

- a) Wenn Sie Verdauungsstörungen wie Erbrechen oder schweren Durchfall haben.
- b) Wenn Sie neue Medikamente einnehmen müssen.
- c) Wenn Sie auf eine andere Pille wechseln.
- d) Wenn Sie eine neue Packung mit 1 Tag Verspätung begonnen haben, besteht das Risiko einer Schwangerschaft.
- e) Wenn Sie Ihre Periode nicht bekommen haben.

Lesen Sie die Anweisungen in der Packungsbeilage Ihres Verhütungsmittels und fragen Sie Ihre Ärztin oder Ihre Apothekerin bzw. Ihren Arzt oder Ihren Apotheker um Rat.

### **Andere besondere Situationen:**

- f) Wenn Sie die Pille zweimal am selben Tag einnehmen.

Das ist nicht schlimm, aber am nächsten Tag nehmen Sie Ihre Pille zur vorgesehenen Zeit ein und fahren dann fort bis die Packung aufgebraucht ist. Da die Packung einen Tag früher aufgebraucht ist, beginnt die 7-tägige tablettensfreie Zeit im Falle einer 21-tägigen Verhütungsperiode einen Tag früher.

- g) Wenn Sie den Zeitpunkt der Pilleneinnahme ändern möchten.

Sie sollten den Wechsel zum Beginn einer Packung vornehmen und dabei immer die Zeit vorverlegen. Die Verschiebung darf nicht mehr als 12 Stunden betragen (wenn Sie z. B. Ihre Pille um 20 Uhr eingenommen haben, können Sie die Einnahme verschieben und sie um 12 Uhr einnehmen). Zögern Sie auch hier nicht, Ihre Ärztin oder Ihre Apothekerin bzw. Ihren Arzt oder Ihren Apotheker um Rat zu fragen.



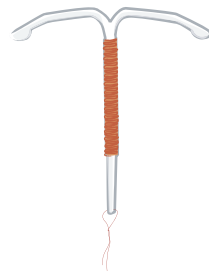
## Das Intrauterinpeessar (IUP)

Das IUP oder die Spirale ist ein kleines, weiches, T-förmiges, metallbeschichtetes Kunststoffteil, das von einer Ärztin oder einem Arzt in die Gebärmutter eingesetzt wird.

Es gibt verschiedene Arten von IUP. Einige enthalten nur Kupfer, andere enthalten und geben ein Hormon (Gestagen) ab, das in den Blutkreislauf gelangt.

Das IUP wird während der Menstruation eingesetzt. Manche Frauen empfinden von Anfang an ein bequemes Tragegefühl. Andere brauchen eine gewisse Zeit, um sich daran zu gewöhnen. Das Einsetzen eines IUP verändert häufig die Menstruation. Ein IUP kann bei einer Frau eingesetzt werden, die noch nie ein Kind geboren hat. Je nach IUP kann es für mehrere Jahre eingesetzt werden (normalerweise 3 bis 5 Jahre, manchmal sogar 10 Jahre), aber es muss trotzdem jährlich eine ärztliche Kontrolle durchgeführt werden.

Das IUP kann jederzeit von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt entfernt werden. Die empfängnisverhütende Wirkung setzt sofort nach dem Einsetzen des IUP ein. Ihre Fruchtbarkeit ist nach der Entfernung wiederhergestellt. Idealerweise wird es während der Menstruation entfernt.



## Mechanische Verhütungsmittel (Barrieremethoden)

Kondome für den Mann und die Frau, Spermizide, Portiokappen und Diaphragmen gehören zu den weniger zuverlässigen Verhütungsmitteln.

### 1 - Kondome

Kondome für Männer und Frauen gehören zu den mechanischen Verhütungsmethoden oder zu den sogenannten «Barrieremethoden», d. h. sie verhindern die Befruchtung (das Zusammentreffen eines Spermiums mit einer Eizelle). Einer der Vorteile von Kondomen für Männer und Frauen ist, dass sie vor sexuell übertragbaren Krankheiten wie AIDS schützen. Es ist notwendig, eine zuverlässige Verhütungsmethode mit Kondomen zu kombinieren.

#### Kondome für Männer «Kondome»

Ein Kondom für den Mann ist eine dünne Hülle aus Latex (Gummi) oder Polyurethan (Kunststoff), das nur einmal verwendet wird. Verwenden Sie nur zugelassene Kondome mit dem europäischen CE-Zeichen, was gewährleistet, dass sie sorgfältig getestet wurden. Überprüfen Sie immer das Verfallsdatum auf der Packung. Einige Kondome enthalten ein Spermizid (eine Chemikalie, die Spermien abtötet). Kondome für Männer aus Polyurethan enthalten kein Spermizid.

**Kondome für Männer sind weniger zuverlässig als hormonelle Verhütungsmittel oder IUP. Im Durchschnitt werden 14 % der Frauen im Laufe eines Jahres schwanger, wenn ein Kondom für Männer als Verhütungsmittel verwendet wurde.**

Denken Sie daran, dass Spermien in die Vagina gelangen können, wenn

- der Penis den Bereich um die Vagina herum berührt, bevor das Kondom aufgesetzt wurde.
- das Kondom reißt oder wenn es in der Vagina abrutscht.
- das Kondom z. B. durch spitze Fingernägel oder Schmuck beschädigt wird.
- Sie Produkte auf Ölbasis (z. B. Vaseline, Pflanzenöl, Sonnencremes) verwenden, die dazu führen können, dass das Kondom reißt.



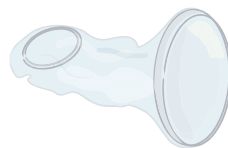
Wenn dies während der Behandlung mit Isotretinoin geschieht, benachrichtigen Sie so schnell wie möglich Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

### **Wie setzt man ein Kondom für Männer auf?**

Anweisungen dazu finden Sie auf der Kondompackung oder auf dem Beipackzettel im Inneren der Packung. Verwenden Sie bei jedem Geschlechtsverkehr ein neues Kondom. Wenn Sie das Kondom aus der Packung nehmen, achten Sie darauf, dass es nicht beschädigt wird. Wenn Sie erneut Geschlechtsverkehr haben, benutzen Sie ein neues Kondom.

### **Kondome für Frauen**

Ein Kondom für die Frau ist ein Schlauch aus hauchdünnem Polyurethan mit einem beweglichen Ring an beiden Enden. Nach dem Einführen kleidet es die Vaginalwand aus und wirkt so als Barriere für Spermien. Es wird wie ein Tampon ohne Applikator vor dem Geschlechtsverkehr eingeführt.



**Die Zuverlässigkeit von Kondomen für Frauen ist geringer als die von Kondomen für Männer.**

**Im Durchschnitt werden im Laufe eines Jahres 21 % der Frauen schwanger, wenn sie ein Kondom für Frauen benutzt haben.**

### **2 - Spermizide**

Spermizide sind chemische Substanzen, die in verschiedenen Formen erhältlich sind: Creme, Gel, Schaum und Zäpfchen. Sie sind dazu bestimmt, von der Frau vor dem Geschlechtsverkehr in die Vagina eingeführt zu werden. Sie können allein oder in Kombination mit Diaphragmen, Portiokappen und Kondomen für Männer verwendet werden.



**Die Wirksamkeit von Spermiziden ist geringer als die von Kondomen.**

**Vor der Anwendung sollten Sie die Hinweise in der Packungsbeilage sorgfältig lesen.**

### **3 - Diaphragmen und Portiokappen**

Diaphragmen und Portiokappen werden in die Vagina eingeführt und bedecken den Gebärmutterhals. Vaginaldiaphragmen sind kreisförmige Kappen aus weichem Gummi mit einem flexiblen Rand. Portiokappen sind kleiner; sie können aus Silikon bestehen und zum einmaligen Gebrauch oder als wiederverwendbare Kappen angeboten werden. Anfangs muss die Portiokappe von der Ärztin oder vom Arzt eingeführt werden, um zu prüfen, ob sie die richtige Grösse hat. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird Ihnen zeigen, wie Sie das Diaphragma oder die Portiokappe in der Vagina positionieren müssen. Diaphragmen und Portiokappen müssen für eine zuverlässige Verhütung zusammen mit Spermiziden (Chemikalien, die Spermien abtöten) verwendet werden.



**Die Zuverlässigkeit von Diaphragmen und Portiokappen ist geringer als die von Kondomen.**

Alle Arten von Portiokappen und Diaphragmen müssen für mindestens sechs Stunden nach dem letzten Geschlechtsverkehr an ihrem Platz bleiben. Sie können sie auch länger in der Scheide lassen, aber im Falle von Portiokappen und Diaphragmen aus Gummi nicht länger als 30 Stunden.



## Methoden der Notfallverhütung

Wenn Sie ungeschützten Geschlechtsverkehr haben oder befürchten, dass das Verhütungsmittel versagt hat, können Sie auf eine Notfallverhütung zurückgreifen. Es gibt zwei Methoden: die Pille danach und die Kupferspirale (Intrauterinpeessar).



**Notfallverhütungsmittel werden NUR in Notfallsituationen angewendet und dürfen NIEMALS eine regelmässige wirksame Verhütung ersetzen.**

### 1 - Die Pille danach

Die Pille danach kann sofort nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr und bis zu drei oder fünf Tage nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingenommen werden. Je früher die Pille danach nach dem riskanten Geschlechtsverkehr eingenommen wird, desto wirksamer ist sie bei der Verhinderung einer Schwangerschaft. Sie ist am wirksamsten, wenn sie innerhalb von 24 Stunden nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingenommen wird.

Es gibt zwei Arten der Pille danach (in Apotheken erhältlich): Levonorgestrel, das bis zu drei Tage nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr (72 Stunden) eingenommen werden kann, oder Ulipristal, das bis zu fünf Tage (120 Stunden) nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingenommen werden kann.

Nach der Einnahme der Pille danach müssen Sie bei einer verspäteten Menstruation, Blutungen oder Schmerzen Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aufsuchen, damit sie oder er eine Schwangerschaft ausschliessen kann.

### 2 - Kupferspirale (IUP)

Eine Kupferspirale kann bis zu fünf Tage nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr in Ihre Gebärmutter eingesetzt werden. Diese Methode ist sehr zuverlässig (fast 100 %), um zu verhindern, dass eine Eizelle befruchtet wird oder dass sich eine befruchtete Eizelle in der Gebärmutter einnistet. Die Kupferspirale kann dann auch als wirksame kontinuierliche Verhütung weiterverwendet werden.



## Die Sterilisation

Wenn Sie oder Ihr Partner bereits eine Sterilisation (bei der Frau oder dem Mann) vorgenommen haben, stellt dies eine zuverlässige Verhütungsmethode während der Behandlung mit Isotretinoin dar. In manchen Fällen wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen dazu raten, zusätzlich eine zweite Barriere-Verhütungsmethode wie ein Kondom oder ein Spermizid zu verwenden.

Die Sterilisation ist eine dauerhafte und irreversible Verhütungsmethode. Die Sterilisation eines Mannes oder einer Frau erfordert einen chirurgischen Eingriff. Durch die Sterilisation wird verhindert, dass Spermia auf eine Eizelle trifft. Dies geschieht durch das Abbinden der Eileiter bei Frauen (Tubenligatur) oder durch die Durchtrennung der Samenleiter (Vasektomie bei Männern; Durchtrennung der Stränge, in denen die Spermien von den Hoden zum Penis transportiert werden). Bei Frauen können Mikroimplantate auch auf natürlichem Wege in die Eileiter eingeführt werden.

Diese Methode ist nur für Personen geeignet, die sich sicher sind, dass sie keine Kinder mehr haben möchten. Eine erfolgreiche Vasektomie wird durch zwei Testuntersuchungen der Spermien bestätigt.

**Nach einer weiblichen Sterilisation werden etwa fünf von 1000 Frauen schwanger; nach einer männlichen Sterilisation wird etwa eine von 1000 Frauen schwanger.**

## 4

## ZUGANG ZU VERHÜTUNGSMITTELN, BERATUNG UND BETREUUNG

Die meisten Verhütungsmethoden, wie die Östrogen-Gestagen-Pille, Implantate, Pflaster und IUP, müssen von einer Ärztin oder einem Arzt verschrieben werden. Wenn Sie sich nicht an Ihre gewohnte Ärztin oder Ihren gewohnten Arzt wenden möchten, können Sie auch einen anderen aufsuchen. Auch in Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung können Sie vertraulich empfangen werden.

Kondome und Spermizide sind wirksame Verhütungsmittel, die rezeptfrei in der Apotheke verkauft werden. Zögern Sie nicht, Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt Fragen zu stellen, um alle Informationen über die Verhütungsmethoden zu erhalten, die für Sie geeignet sein könnten. Diese Informationen helfen Ihnen dabei, die für Sie richtige Entscheidung zu treffen.

In Apotheken gibt es kostenlose Broschüren über die verschiedenen Verhütungsmethoden.

Wenn Sie sich für eine Verhütungsmethode entschieden haben, finden Sie weitere Informationen in der Packungsbeilage, die dem Arzneimittel beiliegt.

Falls Sie eine unerwünschte Wirkung bemerken, sollten Sie darüber mit Ihrer Ärztin oder Ihrer Apothekerin bzw. Ihrem Arzt oder Ihrem Apotheker oder dem medizinischen Fachpersonal sprechen. Dies gilt auch für unerwünschte Wirkungen, die nicht in der Packungsbeilage angegeben sind. Sie können unerwünschte Wirkungen auch direkt über die Internetseite des Schweizerischen Heilmittelinstituts (Swissmedic), über [www.swissmedic.ch](http://www.swissmedic.ch), melden. Indem Sie Nebenwirkungen melden, können Sie dazu beitragen, dass mehr Informationen über die Sicherheit dieses Arzneimittels zur Verfügung stehen.



# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR BEHANDLUNG UND ZUR EMPFÄNGNISVERHÜTUNG

## CURAKNE® 5,10,20,40 mg Isotretinoin

### DOKUMENT AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN

Die Behandlung wurde mir persönlich von meiner Ärztin bzw. meinem Arzt erklärt. Von den vielen Informationen habe ich insbesondere die folgenden Punkte zur Kenntnis genommen:

1. Es besteht ein erhebliches Risiko für schwere Missbildungen bei meinem ungeborenen Kind, wenn ich während der Behandlung mit oralem Isotretinoin schwanger bin oder schwanger werde.
2. Ich darf kein orales Isotretinoin einnehmen, wenn ich schwanger bin.
3. Ich bin nicht schwanger und darf weder während der Behandlung mit oralem Isotretinoin noch in dem Monat, der auf das Ende der Behandlung folgt, schwanger werden.
4. **Ich muss mindestens eine hochwirksame Verhütungsmethode oder zwei wirksame Verhütungsmethoden anwenden, und zwar mindestens einen Monat vor Beginn der Behandlung, während der gesamten Behandlungsdauer und für mindestens einen Monat nach Abschluss der Behandlung.** Ich habe verstanden, dass jede Verhütungsmethode, egal wie wirksam und zuverlässig sie ist, versagen kann und dass ich das Risiko einer Schwangerschaft senke, wenn ich zwei Methoden gleichzeitig anwende. Ich habe die Informationsbroschüre für Frauen, die mit oralem Isotretinoin behandelt werden, gelesen und verstanden, inklusive der darin enthaltenen Erklärungen zur Empfängnisverhütung.
5. Ich muss mich innerhalb von drei Tagen vor dem Arzttermin zu Beginn der Behandlung mit oralem Isotretinoin einem Schwangerschaftstest unterziehen.
6. Ich verpflichte mich, die Behandlung so früh wie möglich und spätestens innerhalb von sieben Tagen nach der Verschreibung von oralem Isotretinoin zu beginnen.
7. Ich verpflichte mich, während der Dauer der Behandlung, gemäss den Anweisungen der Ärztin bzw. des Arztes, sowie fünf Wochen nach Behandlungsende einen Schwangerschaftstest durchzuführen.
8. Ich muss die Einnahme von oralem Isotretinoin sofort abbrechen und umgehend meine Ärztin bzw. meinen Arzt aufsuchen, wenn ich schwanger werde, wenn ich glaube, schwanger zu sein, wenn meine Periode ausbleibt, wenn ich die Empfängnisverhütung absetze oder wenn ich während des Risikozeitraums ungeschützten Geschlechtsverkehr habe.
9. Ich verpflichte mich, während der gesamten Behandlungsdauer und für einen Monat nach Abschluss der Behandlung kein Blut zu spenden.
10. Ich verpflichte mich, meine Kapseln nicht an jemand anderen weiterzugeben. Ich werde alle verbleibenden Kapseln am Ende der Behandlung meiner Apotheke zurückgeben.

**Ärztin/Arzt:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Patientin:**

Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift!

1. Bei minderjährigen Patientinnen Unterschrift der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters. Bei volljährigen Patientinnen, die unter Vormundschaft stehen, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters.

Formular in doppelter Ausführung, ein Exemplar wird von der verschreibenden Ärztin bzw. vom verschreibenden Arzt aufbewahrt.



# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR BEHANDLUNG UND ZUR EMPFÄNGNISVERHÜTUNG

## CURAKNE® 5,10,20,40 mg Isotretinoin

### DOKUMENT AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN

Die Behandlung wurde mir persönlich von meiner Ärztin bzw. meinem Arzt erklärt. Von den vielen Informationen habe ich insbesondere die folgenden Punkte zur Kenntnis genommen:

1. Es besteht ein erhebliches Risiko für schwere Missbildungen bei meinem ungeborenen Kind, wenn ich während der Behandlung mit oralem Isotretinoin schwanger bin oder schwanger werde.
2. Ich darf kein orales Isotretinoin einnehmen, wenn ich schwanger bin.
3. Ich bin nicht schwanger und darf weder während der Behandlung mit oralem Isotretinoin noch in dem Monat, der auf das Ende der Behandlung folgt, schwanger werden.
4. **Ich muss mindestens eine hochwirksame Verhütungsmethode oder zwei wirksame Verhütungsmethoden anwenden, und zwar mindestens einen Monat vor Beginn der Behandlung, während der gesamten Behandlungsdauer und für mindestens einen Monat nach Abschluss der Behandlung.** Ich habe verstanden, dass jede Verhütungsmethode, egal wie wirksam und zuverlässig sie ist, versagen kann und dass ich das Risiko einer Schwangerschaft senke, wenn ich zwei Methoden gleichzeitig anwende. Ich habe die Informationsbroschüre für Frauen, die mit oralem Isotretinoin behandelt werden, gelesen und verstanden, inklusive der darin enthaltenen Erklärungen zur Empfängnisverhütung.
5. Ich muss mich innerhalb von drei Tagen vor dem Arzttermin zu Beginn der Behandlung mit oralem Isotretinoin einem Schwangerschaftstest unterziehen.
6. Ich verpflichte mich, die Behandlung so früh wie möglich und spätestens innerhalb von sieben Tagen nach der Verschreibung von oralem Isotretinoin zu beginnen.
7. Ich verpflichte mich, während der Dauer der Behandlung, gemäss den Anweisungen der Ärztin bzw. des Arztes, sowie fünf Wochen nach Behandlungsende einen Schwangerschaftstest durchzuführen.
8. Ich muss die Einnahme von oralem Isotretinoin sofort abbrechen und umgehend meine Ärztin bzw. meinen Arzt aufsuchen, wenn ich schwanger werde, wenn ich glaube, schwanger zu sein, wenn meine Periode ausbleibt, wenn ich die Empfängnisverhütung absetze oder wenn ich während des Risikozeitraums ungeschützten Geschlechtsverkehr habe.
9. Ich verpflichte mich, während der gesamten Behandlungsdauer und für einen Monat nach Abschluss der Behandlung kein Blut zu spenden.
10. Ich verpflichte mich, meine Kapseln nicht an jemand anderen weiterzugeben. Ich werde alle verbleibenden Kapseln am Ende der Behandlung meiner Apotheke zurückgeben.

**Ärztin/Arzt:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Patientin:**

Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift<sup>1</sup>

1. Bei minderjährigen Patientinnen Unterschrift der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters. Bei volljährigen Patientinnen, die unter Vormundschaft stehen, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters.

Formular in doppelter Ausführung, ein Exemplar wird von der verschreibenden Ärztin bzw. vom verschreibenden Arzt aufbewahrt.