

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
DAPAGLIFLOZINA**

Eu, _____
(nome do[a] paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de dapagliflozina, indicado para o tratamento da diabetes melito tipo 2. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo (a) médico (a) _____ (nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis. Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o (s) medicamento (s) que passo a receber pode (m) trazer os seguintes benefícios: – Prevenção das complicações da doença; – Controle da atividade da doença; – Melhora da capacidade de realizar atividades funcionais; e – Melhora da qualidade de vida. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos: – Efeitos adversos da dapagliflozina: gravidez e período de lactação; não deve ser usado em pacientes com TFG estimada persistentemente inferior a 25 mL/min/1,73 m². Atentar para hipoglicemias. Reações alérgicas são raras, usualmente cutâneas e passíveis de manejo com dessensibilização ou troca de apresentação. Insuficiência renal com TFG menor que 30 mL/min/1,73 m², hepática descompensada, cardíaca ou pulmonar, e acidose grave; pré- e pós-operatório e em pacientes submetidos a exame de imagem com contraste. Ressalta-se que o risco de ocorrência de efeitos adversos aos medicamentos aumenta com a superdosagem. Estou ciente de que este (s) medicamento (s) somente pode (m) ser utilizado (s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo (s) caso não queira ou não possa utilizá-lo (s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistir da usar o(s) medicamento(s).

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

() Dapagliflozina

Nome do paciente:	Data do atendimento:	/ /
Nome do responsável legal:	Doc. Ident:	
 _____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
_____ Assinatura e carimbo do Médico Responsável	CRM: _____	UF: _____

OBSERVAÇÃO: Este Termo é obrigatório para solicitação de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.