

**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  
Síndrome de Ovários Policísticos - CIPROTERONA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informada claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de acetato de medroxiprogesterona, ciproterona, etinilestradiol mais levonorgestrel, metformina e noretisterona, indicadas para o tratamento da síndrome de ovários policísticos. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informada de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhorias:

- Regularização dos ciclos menstruais (já nos primeiros meses de tratamento);
  - Diminuição da quantidade de pelos (após pelo menos 6 meses de tratamento);
  - Redução do peso e melhora das manifestações de resistência insulínica. Fui também claramente informada a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:
  - Contraindicado em gestantes ou em mulheres que planejem engravidar;
  - Contraindicado em mulheres que estão amamentando;
  - Contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco;
  - Efeitos adversos cardiovasculares mínimos com o uso de ciproterona e estrógeno como terapia de hirsutismo e acne;
  - Efeitos adversos sobre o sistema nervoso central mínimos em mulheres sob terapia combinada de ciproterona e estrógeno;
  - Ocasionalmente tensão das mamas e galactorreia associadas com hiperprolactinemia em mulheres sob terapia de ciproterona e estrógeno;
  - Diminuição da libido em mulheres tratadas com ciproterona associado ao estrógeno;
  - Efeitos adversos relativamente infrequentes: náusea, diarreia e indigestão;
  - Elevação das transaminases/alaninotransferases séricas pode ocorrer em homens e mulheres, tendo sido relatados vários casos de hepatite, alguns dos quais fatais, tendo os sintomas de hepatite se manifestado geralmente vários meses após o início da terapia;
  - Risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com o aumento da dose.
- Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendome a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendida, inclusive em caso de desistir de 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 do(s) seguinte(s) medicamento(s): ( ) Ciproterona

|                                                |  |  |                                         |           |  |
|------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------|-----------|--|
| Nome do paciente: _____                        |  |  | Data do atendimento: ____ / ____ / ____ |           |  |
| Nome do responsável legal: _____               |  |  | Doc. identificação: _____               |           |  |
| Assinatura do paciente ou do responsável legal |  |  |                                         |           |  |
| Médico Responsável: _____                      |  |  | CRM: _____                              | UF: _____ |  |
| Assinatura e carimbo do médico                 |  |  |                                         |           |  |

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.