

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC)

Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**EPILEPSIA****Clobazam, Etossuximida, Gabapentina, Lamotrigina, Levetiracetam, Topiramato, Vigabatrina**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de ácido valproico/valproato de sódio, carbamazepina, clobazam, clonazepam, etossuximida, fenitoína, fenobarbital, gabapentina, lamotrigina, levetiracetam, primidona, topiramato e vigabatrina, indicados para o tratamento da epilepsia. Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras: Controle completo das crises; Melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

Gravidez: todos os anti epilépticos tem um risco pequeno de provocar problemas para o feto se usados durante a gestação. Pacientes com vida sexual ativa, que pretendem engravidar ou que estão gestantes devem procurar o seu médico para orientações sobre o risco de malformações e os ajustes de dose dos antiepilépticos que deverão ser realizados durante a gestação;

Os principais efeitos adversos dos medicamentos para epilepsia são:

Clobazam: sonolência, transtornos de memória e de comportamento, perda progressiva do efeito;

Etossuximida: diarreia, náusea, vômitos, sonolência, perda de peso, dor de cabeça;

Gabapentina: aumento do apetite, ganho de peso, tontura, incoordenação, dor de cabeça, tremor, cansaço, náusea, comportamento agressivo (em crianças);

Lamotrigina: dor de cabeça, náusea, vômitos, visão dupla, tonturas, incoordenação e tremor;

Levetiracetam: tontura, sonolência, desânimo, cansaço e dor de cabeça;

Topiramato: sonolência, perda do apetite, cansaço, nervosismo, pensamento lento, dificuldade de encontrar palavras, dificuldade de concentração, perda de peso, cálculo renal e glaucoma;

Vigabatrina: defeitos do campo visual, sonolência, dor de cabeça, tontura, incoordenação, transtornos de memória e de comportamento, ganho de peso e tremor.

Usualmente estes efeitos adversos são leves e temporários, e se eles se agravarem, ou não desaparecerem, o paciente deve retornar ao médico. Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido

Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento. 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

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento (s):

() carbamazepina () levetiracetam () clobazam () lamotrigina () clonazepam () topiramato

() etossuximida () primidona () fenitoína () vigabatrina () fenobarbital () gabapentina

() ácido valproico/valproato de sódio

Local: _____		Data: ____ / ____ / ____	
Nome do paciente: _____		Cartão SUS: _____	
Nome do responsável legal: _____		Doc.Ident.: _____	
_____ 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.