

**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**DOENÇA FALCIFORME****Alfaepoetina, Hidroxiureia**

Eu, _____ (nome do [a] paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos hidroxiureia e alfaepoetina, indicados para o tratamento da **doença falciforme**, segundo critérios de elegibilidade definidos neste Protocolo. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo(a) médico(a) _____ (nome do(a) médico(a) que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios: - Desaparecimento ou diminuição dos episódios de dor; - Aumento da produção de hemoglobina fetal no sangue; - Aumento, mesmo que pequeno, da concentração total da hemoglobina no sangue; - Diminuição dos episódios de síndrome torácica aguda; - Diminuição do número de hospitalizações; - Diminuição do número de transfusões sanguíneas; - Regressão ou estabilização de danos em órgãos ou tecidos; - Melhora do bem-estar e da qualidade de vida e maior sobrevida. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos:

- Hidroxiureia (categoria D de risco para mulheres grávidas): o uso destes medicamentos só deve ser feito na gravidez e lactação após cuidadosa avaliação da relação risco-benefício, pois há evidência de risco fetal, mas a necessidade pode justificar o uso. Estes medicamentos não devem ser utilizados por mulheres grávidas sem orientação médica. Informe imediatamente seu médico em caso de suspeita de gravidez. - A hidroxiureia pode causar redução da capacidade reprodutiva de homens e mulheres;

- eventos adversos mais frequentes da hidroxiureia: diminuição do número de glóbulos brancos (leucopenia e neutropenia), de glóbulos vermelhos (anemia) e de plaquetas (trombocitopenia), cansaço, dor de cabeça, tonturas, desorientação e alucinações; perda de apetite, náusea, vômitos, diarreia, prisão de ventre e dor de estômago; elevação de enzimas hepáticas, hepatite medicamentosa, infiltrado pulmonar e fibrose pulmonar; erupções na pele, hiperpigmentação das unhas, queda de cabelos, câncer de pele, perda de função renal, elevação dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácido úrico, febre, calafrios, mal-estar;

- eventos adversos mais frequentes da alfaepoetina: artralgia, convulsões, cefaleia, hipertensão arterial, náuseas, sintomas de tipo gripal, trombose do "shunt", incluindo equipamento de diálise, erupção cutânea devida a ingestão da alfaepoetina;

Todos esses medicamentos são contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula. 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 desistência do uso do medicamento. Também estou ciente de que o ácido fólico, medicamento complementar ao meu tratamento, pode, raramente, ser maléfico à minha função renal, além de provocar reação alérgica (febre e erupção cutânea). 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): () Hidroxiureia () Alfaepoetina

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

Este termo é obrigatório para solicitação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra será entregue ao paciente ou ao seu responsável legal.