TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

IMUNOSSUPRESSÃO PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Azatioprina, Ciclosporina

Eu, _____(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso da ciclosporina indicados para a imunossupressão no TCTH alogênico. Os termos médicos foram explicados e todas as 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: - prevenir o aparecimento das formas graves da doença do enxerto contra o hospedeiro aguda ou crônica - tratar a doença do enxerto contra o hospedeiro aguda e crônica - melhorar a qualidade de vida; Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste(s) medicamento(s):
- a ciclosporina pode levar a parto prematuro e baixo peso do recém-nascido;
- efeitos adversos da ciclosporina: problemas nos rins e fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, aumento do crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicerídeos, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos, problemas respiratórios, sensibilidade aumentada à temperatura e aumento das mamas;
- contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos; - risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem. 130 Estou ciente de que o 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 eu 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
Meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):( ) azatioprina ( ) ciclosporina

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 suário ou ao seu responsável legal.