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 ciproterona indicada 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, 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 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 seguinte medicamento: ( ) Ciproterona

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: _____		

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.