# TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

## INSUFICIÊNCIA ADRENAL

### Fludrocortisona

Eu, _____(nome do [a] paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos fludrocortisona indicados para o tratamento da **insuficiência adrenal**. Os termos médicos me 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 os seguintes benefícios: resolução dos sintomas de deficiência hormonal; melhora da qualidade de vida; prevenção de crises addisonianas; e diminuição da mortalidade.

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

- Fludrocortisona: medicamentos classificados na gestação como fator de risco C (não se sabe ao certo os riscos do uso deste medicamento na gravidez, portanto, caso engravide, o médico deverá ser avisado imediatamente). Pequenas quantidades do medicamento podem passar para o leite materno, portanto o uso da fludrocortisona durante a amamentação não é indicado.
- Efeitos adversos da fludrocortisona: náusea, vômitos, diarreia, dores de cabeça, nervosismo, desorientação, fraqueza, convulsões, ganho de peso, inchaço, alterações do paladar, aumento da pressão arterial, perda de potássio e insuficiência cardíaca congestiva.
- Medicamento está contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco.
- O risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este (s) medicamento (s) somente pode (m) ser utilizado (s) por mim, comprometendo-me a devolvêlo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive se desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

| | | |
|---|---|---|
| Local: Data: / / | | |
| Nome do paciente: | | |
| Nome do responsável legal: Doc. Ident.: | | |
| _____<br>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.**