



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

EPILEPSIA

ÁCIDO VALPROICO/VALPROATO DE SÓDIO, CARBAMAZEPINA, CLOBAZAM, CLONAZEPAM, ETOSSUXIMIDA, FENITOÍNA, FENOBARBITAL, GABAPENTINA, LAMOTRIGINA, LEVETIRACETAM, PRIMIDONA, TOPIRAMATO E 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 antiepiléticos 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 antiepiléticos que deverão ser realizados durante a gestação; Os principais efeitos adversos dos medicamentos para epilepsia são:
 - Ácido valproico/valproato de sódio: sonolência, cansaço, tremor, alterações da função do fígado, diminuição das plaquetas, ganho de peso, queda de cabelos;
 - Carbamazepina: vermelhidão da pele, sonolência, ganho de peso, diarreia, náusea, vômitos, problemas para caminhar, mudanças de humor, tremor, transtorno de memória, visão dupla e impotência;
 - Clobazam: sonolência, transtornos de memória e de comportamento, perda progressiva do efeito;
 - Clonazepam: sonolência, disartria, incoordenação, insônia em caso de interrupção abrupta;
 - Etossuximida: diarreia, náusea, vômitos, sonolência, perda de peso, dor de cabeça;
 - Fenitoína: incoordenação, sonolência, aumento do volume e sangramento das gengivas, crescimento de pelos no corpo e na face;
 - Fenobarbital: tontura, sonolência, depressão, mudança no comportamento, transtornos de memória e de concentração, hiperatividade em crianças;
 - Gabapentina: aumento do apetite, ganho de peso, tontura, incoordenação, dor de cabeça, tremor, cansaço, náusea, comportamento agressivo (em crianças);
 - Primidona: os mesmos do fenobarbital;
 - 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):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> carbamazepina | <input type="checkbox"/> levetiracetam |
| <input type="checkbox"/> clobazam | <input type="checkbox"/> lamotrigina |
| <input type="checkbox"/> clonazepam | <input type="checkbox"/> topiramato |
| <input type="checkbox"/> etossuximida | <input type="checkbox"/> primidona |
| <input type="checkbox"/> fenitoína | <input type="checkbox"/> vigabatrina |
| <input type="checkbox"/> fenobarbital | |
| <input type="checkbox"/> gabapentina | |
| <input type="checkbox"/> ácido valproico/valproato de sódio | |

Local: _____		Data: _____	
Nome do paciente: _____			
Cartão Nacional de Saúde: _____			
Nome do responsável legal: _____			
Documento de identificação do responsável legal: _____			

Médico Responsável: _____		CRM: _____	UF: _____

Assinatura e carimbo do médico			
Data: _____			

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.