



## **TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**

### **HIDRADENITE SUPURATIVA**

Adalimumabe, Clindamicina, Doxiciclina 1%, Rifampicina E Tetraciclina

Eu, [nome do(a) paciente], declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de fosfato de clindamicina, cloridrato de tetraciclina, doxiciclina, cloridrato de clindamicina, rifampicina e adalimumabe, indicados para o tratamento da hidradenite supurativa. 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 os seguintes benefícios:

- melhora dos sintomas da doença;
- melhora da qualidade de vida. Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:
  - Fosfato de clindamicina 1%: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; pacientes com antecedentes de enterite regional, colite ulcerativa ou colite induzida ou associada a antibióticos (incluindo colite pseudomembranosa). Não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou durante a amamentação;
  - Cloridrato de tetraciclina: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes, na gestação e amamentação;
  - Doxiciclina: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; na gestação e amamentação;
  - Cloridrato de clindamicina: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes e amamentação;
  - Rifampicina: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes. Não deve ser administrada simultaneamente com a combinação de saquinavir/ritonavir;
  - Adalimumabe: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; infecções graves devido a bactérias, micobactérias, infecções fúngicas invasivas (histoplasmoze disseminada ou extrapulmonar, aspergilose, coccidioidomicose), virais, parasitárias ou outras infecções oportunistas<sup>4,36</sup>; tuberculose ativa e latente<sup>4</sup> ; insuficiência cardíaca<sup>New York Heart Association (NYHA) III e IV<sup>4,36</sup></sup>; vacinação com vírus vivo<sup>36</sup> .

Estou ciente de que o medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo 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

Meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fosfato de clindamicina 1% | <input type="checkbox"/> Cloridrato de Clindamicina |
| <input type="checkbox"/> Cloridrato de tetraciclina | <input type="checkbox"/> Rifampicina                |
| <input type="checkbox"/> Doxiciclina                | <input type="checkbox"/> Adalimumabe                |

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.