



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**

**SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA**

**IMUNOGLOBULINA HUMANA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente),  
declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **imunoglobulina humana**, indicados para o tratamento da **Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica**. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

✓ **Efeitos adversos da imunoglobulina humana:** dor de cabeça, calafrios, febre, reações no local de aplicação da injeção (dor, coceira e vermelhidão), problemas renais (aumento dos níveis de creatinina e ureia no sangue, insuficiência renal aguda, necrose tubular aguda, nefropatia tubular proximal, nefrose osmótica);

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) 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): ( ) imunoglobulina humana

|   |  |                    |           |
|---|--|--------------------|-----------|
| Local: _____  |  | Data: ___/___/___  |           |
| Nome do paciente: _____                                 |  | Cartão SUS: _____  |           |
| Nome do responsável legal: _____                        |  | Doc. Ident.: _____ |           |
| _____<br>Assinatura do paciente ou do responsável legal |  |                    |           |
| Médico Responsável: _____                               |  | CRM: _____         | UF: _____ |
| _____<br>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.