



**TERMO DE ESCLARECIMENTOS E RESPONSABILIDADE
PARA O MEDICAMENTO CLOPIDOGREL**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de Clopidogrel, indicado para o tratamento das Síndromes Coronarianas Agudas. 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 benefícios para melhora do meu quadro clínico, expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

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

- efeitos adversos do clopidogrel: Os eventos adversos de importância clínica mais frequentes são: hemorragia gastrointestinal (2%), hemorragia intracraniana (0,4%), dor abdominal, dispepsia ou constipação (27%), úlcera péptica (0,7%), diarreia (4,5%), alterações da pele (15,8%), neutropenia severa (0,04%). Outros eventos adversos foram relatados, sem confirmação da relação causal com o tratamento, tais como: dor torácica, edema, cefaléia, tontura, artralgia, púrpura, epistaxe, depressão, dispnéia, prurido, palpitações, astenia, câimbras, insônia, conjuntivite, etc.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado 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 da 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:

() Clopidogrel

| | | | |
|---|--|-------------------|-----------|
| Local: _____ | | Data: __/__/__ | |
| Nome do paciente: _____ | | Cartão SUS: _____ | |
| Nome do responsável legal: _____ | | Doc. ident: _____ | |
| _____ Assinatura do paciente ou do responsável legal | | | |
| Médico Responsável: _____ | | CRM: _____ | UF: _____ |
| _____ Assinatura e carimbo do médico | | | |