

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

### Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria

**AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, EVEROLIMO, METILPREDNISOLONA, MICOFENOLATO DE MOFETILA, MICOFENOLATO DE SÓDIO, PREDINISOLONA, PREDNISONA, SIROLIMO E TACROLIMO.**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de azatioprina, basiliximabe, ciclosporina, metilprednisolona, micofenolato de mofetila, micofenolato de sódio, tacrolimo e timoglobulina, indicados para a imunossupressão no transplante hepático pediátrico. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve). Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:

Contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos; Risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem;

A administração de vacinas é recomendada para pacientes em uso de altas doses de imunossupressores;

O uso prolongado de corticoides pode levar a alterações de crescimento e desenvolvimento, além de e inibir a produção endógena de corticosteroides, sendo necessário acompanhamento cuidadoso.

Estou ciente de que o 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 eu 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 seguinte medicamento:

( ) azatioprina ( ) basiliximabe ( ) ciclosporina ( ) everolimo ( ) metilprednisolona  
( ) micofenolato de mofetila ( ) micofenolato de sódio ( ) prednisolona ( ) prednisona  
( ) sirolimo ( ) tacrolimo

|                                                         |  |                          |           |
|---------------------------------------------------------|--|--------------------------|-----------|
| 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.