

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
DIABETES INSÍPIDO - DESMOPRESSINA

Eu, _____ (nome da(o) paciente),
declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos
adversos relacionados ao uso de **desmopressina**, indicada para o tratamento de **diabete
insípido**. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo(a)
médico(a) _____ (nome do(a)
médico(a) 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 e da qualidade de vida dos pacientes; - diminuição das complicações
mais graves. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações,
potenciais eventos adversos e riscos:
• Medicamento desmopressina: medicamentos classificados na gestação como categoria B.
• Os eventos adversos mais comuns do medicamento desmopressina são dor de cabeça,
cansaço, náusea, dor no estômago, dor e sangramento nasal, dor de garganta, queda da
pressão com aumento dos batimentos cardíacos, vermelhidão da face, reações alérgicas.
• Esse medicamento pode causar hiponatremia, que pode causar dores de cabeça, náusea,
vômito, intoxicação por água, aumento de peso, mal-estar, dor abdominal, câimbras musculares,
tontura, confusão, diminuição de consciência, edemas locais ou generalizados (periféricos,
faciais), e em casos sérios edemas cerebrais, encefalopatia hiponatrêmica, convulsões e coma.
Consultas e exames durante o tratamento são necessários.
• A ingestão de líquidos deverá ser controlada de acordo com as orientações do médico para
evitar intoxicação por excesso de líquidos e hiponatremia (diminuição do sódio).
• Esse medicamento é contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou
aos componentes da fórmula.

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 desistência do uso do
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:

() Desmopressina

Local: _____		Data: ____/____/____	
Nome do paciente: _____		CNS Nº _____	
Nome do responsável legal: _____		DOC. Ident. _____	
_____ Assinatura do responsável legal			
Médico Responsável: _____		CRM: _____	UF: _____
_____ 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.