

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

DOENÇA DE PAGET - OSTEÍTE DEFORMANTE

ALENDRONATO, RISEDRONATO, CALCITONINA, ÁCIDO ZOLEDRÔNICO, CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos
adversos relacionados ao uso de risedronato, pamidronato e calcitonina, indicados para o tratamento da
doença de Paget – osteíte deformante. 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
das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:

✓ Não se sabe ao certo os riscos do uso dos medicamentos na gravidez; portanto, caso engravide, devo
avisar imediatamente o médico;

✓ Efeitos adversos mais comuns do risedronato: dores abdominais, náuseas, diarreia, gases, dor no
estômago, depressão, tonturas, insônia, ansiedade, dores nos músculos, cãibras, formigamentos, aumento
da pressão arterial, dor no peito, falta de ar, vermelhidão e coceira na pele, infecções em geral;

✓ Efeitos adversos mais comuns do pamidronato: febre, cansaço, sonolência ou insônia, náuseas, prisão
de ventre, aftas, aumento da pressão arterial, aumento dos batimentos do coração, desmaios, diminuição
das células brancas e plaquetas no sangue, infecções e reações no local de aplicação do medicamento;

✓ Efeitos adversos mais comuns da calcitonina: náuseas, diarreia, prisão de ventre, gases, dor no
estômago, perda de apetite, calorões, aumento da pressão arterial, dor no peito, falta de ar, chiado no peito,
tonturas, aumento do volume de urina, infecções, dores em geral, sangramento e irritação nasal, formação
de crostas no nariz (quando administrado por essa via), espirros, reações no local de aplicação do
medicamento (quando administrado pela via subcutânea), reações alérgicas, vermelhidão na pele, fraqueza;

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 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:

() RISEDRONATO, () CALCITONINA, () ÁCIDO ZOLEDRÔNICO

Local: _____	Data: ____ / ____ / ____	
Nome do paciente: _____	Cartão SUS: _____	
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.