

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Síndrome nefrótica primária em adultos

Ciclofosfamida, Ciclosporina

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos
adversos relacionados ao uso de ciclofosfamida e ciclosporina, indicadas para o tratamento da síndrome
nefrótica primária em adultos. 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 do medicamento:

- ✓ os riscos do uso da ciclosporina na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide,
devo avisar imediatamente o médico;
- ✓ ciclofosfamida não deve ser usada durante a gestação pelo risco de má formação do feto;
- ✓ efeitos adversos comuns da ciclofosfamida: náusea, vômitos, queda de cabelo, risco aumentado de
infecções, anemia, toxicidade para o fígado e medula óssea, infecções na bexiga, risco de sangramento
(redução do número de plaquetas);
- ✓ efeitos adversos comuns da ciclosporina: problemas nos rins e fígado, tremores, aumento da quantidade
de pelos no corpo, pressão alta, crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicerídios,
formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão,
fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de
apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas,
prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões,
aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos,
problemas respiratórios, sensibilidade aumentada à temperatura e aumento das mamas;
- ✓ contraindicações em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;
- ✓ risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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
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:

() Ciclofosfamida () Ciclosporina

Local: _____		Data: ____ / ____ / ____	
Nome do paciente: _____		Cartão SUS Nº: _____	
Nome do responsável legal: _____			
_____ Assinatura do paciente ou 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.