



Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC)  
Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)  
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

### Esclerose Lateral Amiotrófica

#### Riluzol

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento riluzol, indicado para tratamento da esclerose lateral amiotrófica.

Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas 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 as seguintes melhorias:- leve melhora de sintomas da doença;- aumento da sobrevida.

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

- não se sabe ao certo os riscos do uso deste medicamento na gravidez, portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico;
- os efeitos adversos incluem fraqueza, sono, náuseas, vômitos, diarreia, dor na barriga, formigamentos, alteração nas enzimas do fígado, dor de cabeça, aumento dos batimentos do coração, diminuição das células brancas (diminuição das defesas) e vermelhas (anemia) do sangue;
- contraindicado em pacientes com hipersensibilidade ao riluzol ou aos componentes da fórmula e aqueles com problemas no fígado.

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 assistido, inclusive se desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

|                                                        |  |                                     |           |
|--------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|-----------|
| Nome do paciente: _____                                |  | Data do Atendimento: ____/____/____ |           |
| Nome do responsável legal: _____                       |  | Doc. de Identificação: _____        |           |
| Documento de identificação do responsável legal: _____ |  |                                     |           |
| _____<br>Assinatura do paciente ou do representante    |  |                                     |           |
| 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.