



**TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO
MEDICAMENTO TERIFLUNOMIDA
PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE**

A ser preenchido pelo (a) médico(a):

Eu, Dr.(a) _____ CRM _____
Sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente do sexo Masculino () Feminino (),
Idade: _____, Com Diagnóstico de (nome da patologia) _____ para quem estou
indicando medicamento à base de Teriflunomida.

1. Informe verbalmente ao paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez, que não evita filhos e que não provoca aborto. Portanto somente pode ser utilizado por ele (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informe verbalmente ao paciente que poderá ser responsabilizado (a), caso repasse o medicamento a base de TERIFLUNOMIDA a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
3. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
4. Recomendei ao paciente do sexo masculino que utilize preservativo durante todo o tratamento com TERIFLUNOMIDA e mesmo após a interrupção do tratamento, uma vez que este medicamento permanece no corpo por um período de até 2 anos. Conforme estudos, somente quando a concentração plasmática da droga estiver abaixo de 0,02 mg/L, o risco de causar má formação no feto será mínimo.
5. Recomendei ao paciente do sexo masculino que informe a sua parceira e familiares o potencial risco da droga.
6. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
7. Certifique-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do (a) médico (a):

Dados do (a) paciente:

Nome do Paciente: _____
Carteira de Identidade nº _____ Órgão Expedidor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Telefone DDD:() _____

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

- () NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TERIFLUNOMIDA
() CONCORDO que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este medicamento é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Caso o (a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

Nome do responsável pelo paciente: Eu, _____, R.G. _____,
órgão expedidor _____, responsável pelo (a) paciente _____,
comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____