



Termo de Responsabilidade / Esclarecimento Medicamento Teriflunomida Para pacientes do sexo feminino, menores de 55 anos de idade

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) _____ CRM _____

Sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente _____

Idade: _____,
com diagnóstico de:(nome da patologia) _____, para quem estou indicando o medicamento à base de TERIFLUNOMIDA.

1. Informe verbalmente a paciente, com diagnóstico de _____, que o medicamento a base de TERIFLUNOMIDA tem altíssimo risco de causar deficiências graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez. Estas deficiências ocorrem no período bem inicial de formação do bebê, quando a maioria das mulheres ainda não sabe que está grávida.

2. Expliquei verbalmente que como este remédio pode ficar no corpo durante 2 (dois) anos após o tratamento e pode causar defeitos em bebês mesmo quando ela já terminou o tratamento, ela deve aguardar até a concentração plasmática do medicamento estar abaixo de 0,02 mg/L ou utilizar o processo de eliminação acelerada até a concentração plasmática do medicamento estar abaixo de 0,02 mg/L, o que implica em risco mínimo conforme estudos, antes de tentar engravidar após terminar o tratamento com TERIFLUNOMIDA.

3. Informei verbalmente à paciente que poderá ser responsabilizada, caso repasse o medicamento a base de TERIFLUNOMIDA a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.

4. Informei que o medicamento deve ser guardado em local seguro.

5. Constatei, por meio de teste de gravidez de ALTA SENSIBILIDADE (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual), que a paciente não está grávida:

Data do Teste: _____ Resultado: _____

Nome do laboratório onde foi realizado o teste: _____

6. Certifiquei-me que a paciente está utilizando 2 (dois) métodos para evitar gravidez altamente eficazes, sendo um deles de barreira: Métodos anticoncepcionais em uso: _____

Data do Início: _____, _____ Data do Início: _____

1. Informei a paciente que o seu parceiro deve usar preservativo nas relações sexuais ocorridas durante o tratamento.

2. Solicitei à paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.

3. Informei verbalmente a paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.

4. Informei que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.

5. Certifiquei – me que a paciente compreendeu todas as informações por mim prestadas.

Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a):



**Termo de Responsabilidade / Esclarecimento
Medicamento Teriflunomida
Para pacientes do sexo feminino, menores de 55 anos de idade**

Dados do Paciente:

Nome do paciente _____, Idade: _____
Cartão Nacional do SUS: Nº _____ Identidade: Nº _____
Endereço: _____ Cidade: _____
Estado: _____ Telefone: _____

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

() Não concordo com o tratamento e não utilizarei a TERIFLUNOMIDA:

() Concordo que vou fazer o tratamento e declaro que recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas e me comprometo a cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 2, após o tratamento. Entendo que este medicamento é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Nome do responsável: _____, caso a paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

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

Assinatura do responsável pelo paciente