



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE Dislipidemia – Atorvastatina, Bezafibratos e Fenofibrato



Eu, _____ (nome da paciente), declaro ter sido
Claramente orientada a respeito das contraindicações e riscos do uso do medicamento
Atorvastatina, Bezafibrato e Fenofibrato na gestação.
Estou ciente de que esse 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 se desistir de usar o medicamento.

| | |
|---|---|
| Nome do paciente: _____ | Data do atendimento: ____ / ____ / ____ |
| Nome do responsável legal: _____ | Doc. Identificação: _____ |
| _____ Assinatura do paciente ou do responsável legal | |

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.