

**Budesonida, Dipropionato de Beclometasona, Fumarato de Formoterol,  
Salbutamol, Prednisona, Prednisolona, Omalizumabe e Mepolizumabe**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **Budesonida, Dipropionato de Beclometasona, Fumarato de Formoterol, Salbutamol, Prednisona, Prednisolona, Omalizumabe e Mepolizumabe** indicados para o tratamento da **Asma**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- Controle dos sintomas;
- Melhora da qualidade de vida;
- Normalização ou estabilização da função pulmonar;
- Redução do absenteísmo escolar e ao trabalho;
- Redução da utilização de serviços de saúde, incluindo hospitalizações.

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

- os riscos na gravidez e na amamentação ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- **efeitos adversos da beclometasona e budesonida:** problemas na fala (reversíveis com a suspensão do tratamento), infecções na boca (candidíase), boca seca, alteração do paladar, irritação na garganta, tosse, infecções urinárias, inchaço, cansaço, reações alérgicas de pele, palpitação, taquicardia, dor abdominal, vertigem, tontura, ganho de peso; efeitos adversos mais raros: náuseas, vômitos, coceira, problemas na visão, agitação, depressão, insônia, faringite, sinusite, alteração do ciclo menstrual, diarreia ou constipação, febre, dores de cabeça, infecções virais, redução da velocidade do crescimento em crianças, aumento dos níveis de glicose no sangue, reações de hipersensibilidade, sangramento anal e osteoporose (em caso de tratamento longo);
- **efeitos adversos do fenoterol, formoterol, salbutamol e salmeterol:** ansiedade, agitação, insônia, náuseas, vômitos, dores abdominais, prisão de ventre, tonturas, dores de cabeça, diminuição dos níveis de potássio no sangue, tremores, palpitações, tosse, respiração curta, alteração do paladar, secura da boca, dor muscular, reações alérgicas de pele, problemas no coração, aumento ou diminuição intensa da



|  |  |       |     |
|--|--|-------|-----|
| Local:   |  | Data: |     |
| Nome do paciente:  |  |       |     |
| Cartão Nacional de Saúde:  |  |       |     |
| Nome do responsável legal:                                       |  |       |     |
| Documento de identificação do responsável legal:                 |  |       |     |
| <div>Assinatura do paciente ou do responsável legal</div>        |  |       |     |
| Médico responsável:  |  | CRM:  | UF: |
| <div>Assinatura e carimbo do médico</div> <div>Data: _____</div> |  |       |     |