



**Termo de Consentimento Informado
Levotiroxina Sódica**

Eu, (nome do(a) responsável legal pelo paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e relacionados ao uso do medicamento levotiroxina sódica para o tratamento do **hipotireoidismo congênito**, doença que (nome do paciente), pelo qual sou o responsável legal, apresenta.

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

Expresso, também, minha concordância com o referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim declaro que:

Fui claramente informado(a) de que o medicamento levotiroxina sódica pode trazer os seguintes benefícios:

- prevenção da deficiência mental e demais danos provocados pela doença, quando utilizado precocemente (menos de 30 dias de vida);
- melhora do desenvolvimento neuropsicomotor;
- recuperação do ritmo de crescimento;
- normalização dos parâmetros metabólicos alterados, como a normalização da frequência cardíaca, hábitos intestinais, hábitos de sono, temperatura e umidade da pele.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- medicamento classificado na gestação como fator de risco A (estudos adequados e bem controlados com mulheres grávidas não demonstraram risco para o feto);
- contra-indicação em casos de hipersensibilidade (alergia) aos medicamentos;
- ajustes da dosagem do medicamento baseados em exames de sangue podem ser necessários;
- possibilidade de ocorrência de efeitos colaterais, sendo estes diretamente relacionados com a dosagem, para mais ou para menos, do medicamento: dosagens inferiores às necessárias podem não corrigir o hipotireoidismo e os sintomas persistirem; dosagens superiores podem levar a hipertireoidismo, com alteração do apetite, diarreia, irregularidades dos batimentos cardíacos, febre, tremores, dor de cabeça, irritabilidade, dor nas pernas, ansiedade, sensibilidade ao calor, respiração curta, sudorese, problemas no sono, vômitos e perda de peso;
- efeitos não relacionados à dose são reações alérgicas e pseudotumor cerebral (manifesto por dor de cabeça).

Estou ciente de que posso decidir pela suspensão do tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique em qualquer forma de constrangimento entre mim e o médico, que se dispõe a continuar o tratamento em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta minha e do médico.

Paciente:

Nome: _____

Documento de identidade: _____ Sexo: Masculino () Feminino () Idade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Cep: _____ Telefone: _____

Responsável legal (quando for o caso) _____

Documento de identidade do responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou do responsável legal: _____

Médico:

Médico Responsável: _____ CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Tel: (____) _____ / ____ / ____

Carimbo e Assinatura do Médico

Data

Observações:

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.
2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.