



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA
FARMÁCIA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS



Termo de Consentimento Informado
Acitretina

Eu, (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento acitretina indicado para o tratamento das **ictioses**.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

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

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer o seguinte benefício:

- desaparecimento ou a regressão das manifestações cutâneas.

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

- medicamento classificado na gestação como categoria X (seu uso é contra-indicado em gestantes ou em mulheres planejando engravidar);

- os efeitos colaterais já relatados são:

- *freqüentes*: dores musculares, dores nas articulações, dores ósseas, dificuldade de movimentar-se ou de caminhar, dores de cabeça, náuseas, vômitos, secura das mucosas, perda de cabelo, sede não usual;

- *menos freqüentes*: irritação e secura dos olhos, conjuntivite, estomatite, gengivite, alteração do paladar, sensibilidade aumentada a luz solar, unhas quebradiças, vermelhidão ou secura ao redor das unhas, prisão de ventre, diarreia, cansaço, aumento do suor, elevação de triglicérides e colesterol;

- *raros*: cheiro anormal da pele, *rash* cutâneo, fissura ou ulceração da pele, dermatite, coceiras, sensação de queimação da pele, otite externa, hepatite, pancreatite com escurecimento da urina e icterícia, laringite, faringite, diminuição da visão noturna, pseudotumor cerebral, vulvovaginite;

- medicamento contra-indicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco, vitamina A e seus derivados, amamentação, etilismo, doença renal ou hepática severa, hipercolesterolemia ou hipertrigliceridemia grave.

- o risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que posso suspender este tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu 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 de meu 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.