



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



**Termo de Consentimento Informado**  
**Cloridrato de Sevelamer**

Eu ..... (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do cloridrato de sevelamer indicado para o tratamento da hiperfosfatemia na **insuficiência renal crônica**.

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 esclarecidas 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 decorrentes.

Assim declaro que:

Fui claramente informado(a) de que o medicamento pode trazer os seguintes benefícios no tratamento da hiperfosfatemia:

- Redução nos níveis séricos de fósforo para menos de 6 mg/dl;
- Diminuição dos episódios de hipercalcemia;
- Redução do produto cálcio-fósforo;
- Redução da progressão das calcificações vasculares (aórticas e coronarianas);
- Controle do hiperparatireoidismo secundário;
- Controle da osteodistrofia renal.

Fui, também, claramente informado a respeito dos potenciais efeitos adversos, contra-indicações, riscos e advertências a respeito deste medicamento no tratamento da hiperfosfatemia:

- medicamento classificado na gestação como categoria C (significa que risco para bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);
- contra-indicados em casos de hipersensibilidade (alergia) ao medicamento;
- pode ser necessário realizar exames de sangue para acompanhar os efeitos do medicamento;
- os seguintes efeitos colaterais podem ocorrer: diarreia, vômitos, náuseas, gases, má digestão, azia, hipertensão, hipotensão, trombose, tosse, dor de cabeça, infecções, dor.
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem;

Estou ciente de que pode haver necessidade de mudança das doses, assim como do tipo de medicamento que fará parte do meu tratamento.

Estou ciente de que posso suspender o 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 para fins de pesquisa, desde que assegurado o anonimato.

Declaro 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.