



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



**Termo de Consentimento Informado  
Desmopressina**

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 **desmopressina** indicada para o tratamento da **diabetes insípido**.

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 por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- controle dos sintomas e melhoria da qualidade de vida.

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

- medicamento classificado na gestação como categoria B (estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê muito improvável);
- os efeitos colaterais já relatados são os seguintes: dor de cabeça, fadiga, náusea, dor estomacal, congestão nasal, rinite, dor em narinas, sangramento nasal, dor de garganta, queda da pressão com aumento dos batimentos do coração, vermelhidão da face, reações alérgicas ao conservante.
- medicamento contra-indicado em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco;
- a segurança para o uso da desmopressina durante a amamentação ainda não foi estabelecida. Em séries de casos a desmopressina tem sido utilizada durante a amamentação sem o registro de problemas para a mãe ou criança;
- a ingestão de líquidos deverá ser controlada de acordo com as orientações do médico para evitar intoxicação hídrica e hiponatremia (diminuição do sódio);
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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, 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.