



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



**Termo de Consentimento Informado
Calcitriol e desferroxamina**

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 dos medicamentos **calcitriol** e **desferroxamina** para o tratamento da **osteodistrofia renal**.

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) de que os medicamentos podem trazer os seguintes benefícios:

Calcitriol:

- Controle do hiperparatireoidismo secundário
- Melhora das lesões ósseas,
- Melhora dos sintomas.

Desferroxamina:

- Controle do excesso de alumínio;
- Melhora dos sintomas.

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

- medicamentos classificados na gestação como categoria C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);

Em relação à amamentação:

- A segurança para o uso do medicamento Calcitriol durante a amamentação deve ser avaliada pelo médico assistente considerando riscos e benefícios, visto ser excretado pelo leite materno;
- Os efeitos colaterais já relatados para Calcitriol são os seguintes: hipercalcemia, caracterizada por dor óssea, prisão de ventre, diarreia, secura da boca, dor de cabeça, sede intensa, aumento da frequência ou da quantidade de urina, perda do apetite, gosto metálico, dor muscular, náuseas, vômitos, cansaço e fraqueza. Efeitos crônicos podem incluir conjuntivite, diminuição da libido, irritabilidade, calcificação, ectópica, coceiras, infecções do trato urinário, febre alta, aumento da pressão arterial, batimentos cardíacos irregulares, aumento da sensibilidade dos olhos à luz ou irritação, hiperfosfatemia, hipercolesterolemia, aumento das enzimas ALT e AST, perda de peso, pancreatite e psicose que é o sintoma mais raro.
- os efeitos colaterais já relatados para desferroxamina são reações no local de aplicação da injeção (dor, inchaço, coceira, vermelhidão) urina escura, vermelhidão da pele, coceira, reações alérgicas, visão borrada, catarata, distúrbios de audição, zumbidos, tontura, dificuldade para respirar, desconforto abdominal, diarreia, câibra nas pernas, taquicardia, febre, retardo no crescimento (em pacientes que começam tratamento antes dos três anos de vida), distúrbio renal, suscetibilidade a infecções (Yersinia e murcomicose).
- O medicamento Calcitriol é contra-indicado em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco, hipercalcemia, hipervitaminose D e osteodistrofia renal com hiperfosfatemia.
- 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 fazer 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. O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- ☐ **Calcitriol**
☐ **Desferroxamina**



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



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: _____		

Telefone: (____) _____	_____	____/____/____
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.		