

Termo de Consentimento Informado
Penicilamina

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 penicilamina, o tratamento da **doença de Wilson**.

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 de 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 o medicamento pode trazer os seguintes benefícios:

- aumento da sobrevida;
- diminuição dos sintomas da doença.

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

Penicilamina é classificada na gestação como categoria D (há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos).

• amamentação: não foi demonstrado que a penicilamina passe para o leite materno, entretanto não é recomendada durante a lactação.

• as principais reações adversas do medicamento são:

- reações alérgicas (febre, dor articular, erupções cutâneas, coceira), aumento de gânglios, pênfigo vulgar ou foliáceo, dermatite exfoliativa, necrólise epidérmica tóxica (descamação, vermelhidão, hipersensibilidade, queimação da pele e febre, dor de garganta e vermelhidão ocular), neurite óptica (dor ocular, visão borrada), estomatite (ulcerações ou manchas brancas nos lábios e boca), redução das células brancas do sangue (dor de garganta com febre com ou sem calafrios), anemia aplásica (falta de ar, aperto no peito, cansaço, sangramentos de pele e mucosas, manchas brancas na boca e lábios), glomerulopatia (urina com sangue, inchaço da face, pés e pernas, aumento de peso), anemia hemolítica, leucopenia (redução das defesas naturais do organismo e aumento da suscetibilidade a infecções), trombocitopenia (podendo se manifestar por sangramentos anormais com hematomas de pele e gengivorragia, fezes pretas – cor de piche – urina com sangue), bronquiolite (tosse, chiado no peito, falta de ar), síndrome de Goodpasture (falta de ar, escarro com sangue, cansaço anormal e fraqueza), icterícia colestática (urina escura, prurido no corpo, fezes esbranquiçadas, pele e escleras amareladas), síndrome miastênica (dificuldade para respirar, falar, mastigar e engolir, visão dupla e fraqueza muscular), pancreatite, zumbido e síndrome mimetizando o lúpus (erupções cutâneas, bolhas, dor torácica, dores articulares), diarreia, náuseas e vômitos, falta de apetite, dor abdominal;

• contra-indicação em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;

• 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 de 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.