



**Termo de Consentimento Informado**  
**Desferroxamina, Deferiprona, Deferasirox**

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 desferroxamina, deferiprona e  
deferasirox no tratamento de **sobrecarga de ferro**.

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 .....  
..... (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.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado (a) de que os medicamentos podem trazer os seguintes benefícios:

- diminuição dos estoques de ferro do organismo;
- diminuição das complicações do excesso de ferro como as cardíacas e hepáticas;
- diminuição da mortalidade em pacientes portadores de talassemia.

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

- Medicamentos classificados na gestação:

- desferroxamina: fator de risco C (significa que risco para bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial  
pode ser maior que os riscos);

- deferiprona: estudos em animais demonstraram anormalidades nos descendentes. Não foram feitos estudos em  
humanos. Não há classificação sobre a gestação pelo FDA.

- deferasirox: fator de risco C (significa que risco para bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode  
ser maior que os riscos);

- Risco de ocorrência dos seguintes efeitos colaterais:

- **desferroxamina:** 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, caibra nas pernas, taquicardia, febre, retardo no crescimento  
(em pacientes que começam tratamento antes dos 3 anos de vida), distúrbio renal, suscetibilidade a infecções (Yersinia  
e murcomicose).

- **deferiprona:** infecções (febre, dor de garganta, sintomas gripais), dor e inchaço nas articulações, dor abdominal,  
náusea, vômitos, alteração de apetite, urina escura, elevação de enzimas hepáticas (ALT), diminuição das células  
brancas do sangue e agranulocitose (reversíveis com a suspensão do tratamento).

- **deferasirox:** distúrbios gastrointestinais incluindo náuseas, vômito, diarreia, dor abdominal, distensão abdominal.  
Constipação, indigestão. Elevação da creatinina sérica, erupção cutânea e dores de cabeça. Reações menos comuns  
incluem tontura, febre, dor de garganta, ansiedade, distúrbios do sono, cansaço, mudança na cor da pele e inchaço de  
extremidades.

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, 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.

O meu tratamento constará os seguintes medicamentos:

- ☐ Desferroxamina
- ☐ Deferiprona
- ☐ Deferasirox

**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.