## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE DONEPEZILA, GALANTAMINA, RIVASTIGMINA E MEMANTINA.

| Eu, nome do (a) paciente ou de   |
|--|
| seu responsável), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e           |
| principais efeitos adversos relacionados ao uso de donepezila, galantamina, rivastigmina e memantina,              |
| indicadas para o tratamento da doença de Alzheimer.  |
| Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico (nome do médico que prescreve). |
| Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode                      |
| trazer os seguintes benefícios:  |
| <ul> <li>redução na velocidade de progressão da doença e</li> </ul>  |
| <ul> <li>melhora da memória e da atenção.</li> </ul>   |
| Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos                  |
| adversos e riscos do uso do medicamento:   |
| • não se sabe ainda ao certo os riscos do uso desses medicamentos na gravidez; portanto, caso                      |
| engravide, devo avisar imediatamente o médico;   |
| • efeitos adversos da donepezila mais comuns: insônia, náusea, vômitos, diarreia, perda de                         |
| apetite, dispepsia, cãibras musculares, cansaço; menos comuns: dor de cabeça, sonolência, tontura,                 |
| depressão, perda de peso, sonhos anormais, aumento da frequência urinária, desmaios, bradicardia, artrite          |
| e manchas roxas na pele;   |
| • efeitos adversos da galantamina mais comuns: náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite,                        |
| perda de peso, dor abdominal, dispepsia, gases, tontura, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia e              |
| sonolência; menos comuns: infecção do trato urinário (com sangue na urina), incontinência urinária,                |
| anemia, tremor, rinite e problemas hepáticos;  |
| • efeitos adversos da rivastigmina mais comuns: tontura, dor de cabeça, náusea, vômitos,                           |
| diarreia, perda de apetite, cansaço, insônia, confusão mental e dor abdominal; menos comuns; depressão,            |
| ansiedade, sonolência, alucinações, desmaios, hipertensão, dispepsia, prisão de ventre, gases, perda de            |
| peso, infecção do trato urinário, fraqueza, tremor, angina, úlcera gástrica ou duodenal e erupções                 |
| cutâneas; os adesivos transdérmicos também podem causar reações na pele no local da aplicação como                 |
| vermelhidão, coceira, irritação e inchaço no local da aplicação;   |
| • efeitos adversos da memantina mais comuns: cefaleia, cansaço, tontura; os menos frequentes                       |
| incluem alucinações, alterações de marcha, perda de peso, ansiedade, dor nas articulações, problemas nas           |
| vias aéreas, cistite, prisão de ventre, diarreia, confusão, dor lombar, inchaço, aumento da pressão arterial,      |
| hipertonia, insônia, aumento da libido, náusea, queda, sonolência e vômitos.                                       |
| <ul> <li>contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida aos fármacos;</li> </ul>               |
| <ul> <li>o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.</li> </ul>                          |
| Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a                        |
| devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que             |
| continuarei a ser atendido (a), inclusive se desistir de usar o medicamento.                                       |
| Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer em uso de informações relativas                   |
| ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) sim ( ) não   |
| O meu tratamento constará do (s) seguinte (s) medicamento (s):   |
| ( ) donepezila   |
| ( ) galantamina  |

| Local:                            | Data:                            |      |  |
|-----------------------------------|----------------------------------|------|--|
| Nome do paciente:                 |                                  |      |  |
| Cartão Nacional de Saúde:         |                                  |      |  |
| Nome do responsável legal:        |                                  |      |  |
| Documento de identificação do res | ponsável legal:                  |      |  |
|                                   |                                  |      |  |
|                                   |                                  |      |  |
|                                   |                                  |      |  |
| Assinatura o                      | lo paciente ou do responsável le | egal |  |

Assinatura e carimbo do médico

Data:

( ) rivastigmina( ) memantina