

**Termo de Consentimento Informado**  
**Octreotida, Bromocriptina, Cabergolina**

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 octreotida, bromocriptina e cabergolina para o tratamento da **acromegalia**.

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.

Assim, declaro que:

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

- melhora da sintomatologia;
- redução das complicações.

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

- medicamentos classificados 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)

• contra-indicações:

- **octreotida**: colelitíase sintomática e de hipersensibilidade a octreotida ou a qualquer componente da fórmula (alergia grave);

- **bromocriptina**: pressão alta não-controlada, distúrbios de pressão na gravidez, hipersensibilidade a qualquer alcaloide da ergot ou componentes da fórmula, doenças do coração (isquemia) e doença vascular periférica, em distúrbios psíquicos graves, para menores de 15 anos;

- **cabergolina**: pressão alta não-controlada, hipersensibilidade à cabergolina e derivados da ergot ou qualquer componentes da fórmula;

• risco de ocorrência dos seguintes efeitos colaterais:

- **octreotida**: muito frequentes: colelitíase por pedras de colesterol em até 30% dos pacientes, embora a maioria seja assintomática; frequentes: náuseas, vômitos, dores de estômago e abdominais, diarreia, prisão de ventre, má absorção de gorduras e gases podem ocorrer e são dependentes da dose; tais efeitos costumam desaparecer espontaneamente em 10 a 14 dias de uso; menos frequentes: alterações dos batimentos do coração, inchaço, cansaço, dor de cabeça, tonturas, vertigens, perda do apetite, depressão, hipotireoidismo, saída de leite pelo mamilo (galactorrêia), amarelão, hepatite, dor no local de administração; raros: alteração dos níveis de glicose no sangue, inflamação no pâncreas, dor no peito, aumento da pressão arterial, ansiedade, febre, queda de cabelo, vermelhidão da pele, tromboflebite, paralisia facial, tremor, ardência ocular, desconforto na garganta, secreção nasal e encurtamento da respiração.

- **bromocriptina**: frequentes: náuseas, vômitos, dor de cabeça, tontura, cansaço, transtornos digestivos, secura da boca, perda de apetite, congestão nasal; menos frequentes: alterações dos batimentos do coração, queda de cabelo, psicose, alucinação, insônia, pesadelos.

- **cabergolina**: frequentes: dor de cabeça, tontura e náuseas; menos frequentes:

fraqueza, cansaço, desmaios, sintomas gripais, mal estar, inchaço nos olhos e pernas, calorões, pressão baixa, palpitação, vertigem, depressão, sonolência, ansiedade, insônia, dificuldade de concentração, nervosismo, espinhas, coceiras, dor no peito, alterações do ciclo menstrual, prisão de ventre, dores abdominais, azia, dor de estômago, vômitos, boca seca, diarreia, gases, irritação na garganta, dor de dente, perda de apetite, dores no corpo, alteração da visão.

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 para fins de pesquisa 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 do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- ☐ octreotida
- ☐ bromocriptina
- ☐ cabergolina



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA  
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
<b>Observações:</b>		
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.		