TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

(TERAPIA HORMONAL COM TESTOSTERONA)

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro ter procurado espontaneamente o Ambulatório de MFC-UEM que ocorre na UBS Vila Vardelina, tive a oportunidade de ser atendido pela equipe multiprofissional que conversou comigo sobre a minha decisão de modificar meu corpo. Fui orientado sobre os diferentes procedimentos que podem ajudar na modificação corporal desejada e todas as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas.

Os hormônios podem causar modificações corporais, algumas serão permanentes, e outras reversíveis. Sei que a minha identidade de gênero não será dada pelo uso do hormônio, pois já me sinto homem desde os \_\_\_\_\_ anos, e que os hormônios apenas ajudarão a adequar minha aparência física à minha identidade de gênero. As informações que recebi da equipe sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso das medicações estão descritas a seguir:

Principais alterações corporais

- diminuição temporária ou permanente da fertilidade  
- redistribuição de gordura com possibilidade de acúmulo na parte abdominal  
- interrupção da menstruação  
- aumento do clitóris  
- atrofia vaginal  
- mudança na voz  
- aumento de sudorese e alteração do cheiro do corpo

Mudança irreversivel- possibilidade de calvície

**Riscos e complicações à saúde em decorrência de terapia hormonal**

Eu entendo que o uso de testosterona pode aumentar meu risco de desenvolver câncer de mamas e útero. Poderá acarretar ainda problemas cardiovasculares, e possibilidade de lesão muscular, se eu fizer exercícios físicos (musculação) em excesso. Entendo também que o uso do hormônio não impedirá a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis, sendo necessário o uso de preservativos em todas as relações sexuais.

Entendo que o risco de aparecimento de trombose aumenta muito caso eu seja  
usuário de tabaco (cigarro). Sei que o risco é tão alto que fui aconselhado a parar de  
fumar completamente, em especial se estiver com peso acima do normal e/ou história (familiar ou pessoal) de trombose venosa. Concordo em informar a equipe do Ambulatório sobre qualquer outro tratamento hormonal que decida realizar, assim como uso de ervas medicinais, drogas, suplementos alimentares ou medicações que por ventura venha a utilizar.

Entendo que para desenvolver uma relação de confiança com a equipe é preciso fornecer informações verdadeiras em tudo o que me diz respeito. Só assim será possível prevenir interações danosas a minha saúde. Fui informado que continuarei a ser atendida pela equipe do ambulatório independentemente de qualquer informação que fornecer em relação aos procedimentos acima descritos.

Entendo que as pessoas (corpos) são diferentes, e que não há como prever como  
será a resposta individual à hormonioterapia. Assim sendo a dosagem prescrita para mim provavelmente não será a mesma indicada para outras pessoas. Concordo em tomar hormônios como prescrito e informar à equipe sobre quaisquer problemas, insatisfações ou alterações que eu possa ter durante o tratamento.

Farei exames clínicos e laboratoriais periodicamente, indicados pela equipe, para  
ter certeza de que eu não estou tendo reações indesejáveis com o uso de hormônios.

Entendo que existem condições médicas que podem fazer com que os hormônios sejam perigosos. Concordo que, se a equipe suspeitar que eu tenha uma dessas condições, serei avaliado antes da decisão de iniciar ou continuar ahormonioterapia.

Entendo que eu posso escolher interromper o uso de hormônios em qualquer momento que desejar. Concordo e entendo que a equipe pode indicar a interrupção do tratamento por razões clínicas.

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maringá, \_\_\_de \_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Nome de registro e assinatura)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Nome social e assinatura)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do médico responsável)