

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Tobramicina inalatória

Eu, _____ (nome do (a) paciente, declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos e contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso da **tobramicina inalatória** indicada para o tratamento da **Fibrose Cística- complicações pulmonares**.

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) sobre o medicamento que passo a receber e estou ciente que devo tomar as devidas precauções quanto ao risco de efeitos:

- 1- Gastrointestinais: pode ocorrer diarreia, alteração no paladar e vômitos;
- 2- Imunológicas: reações adversas graves e por vezes fatais (incluindo anafilaxia e reações dermatológicas tais como dermatite esfoliativa, necrose epidérmica tóxica ou eritema multiforme);
- 3- Neuromusculares: doenças neuromusculares (Miastenia grave e Parkinson);
- 4- Auditivas: disfunção auditiva ou ototoxicidade;
- 5- Renais: deve ser utilizada com precauções em pacientes com insuficiência renal, devido ao risco de aumento de nefrotoxicidade;
- 6- Respiratórias: podem ocorrer broncoespasmos;
- 7- Gestacional: pode causar dano fetal;
- 8- Interações medicamentosas: devo evitar o uso concomitante ou sequencial de formulações com drogas que apresentem efeitos neurotóxicos, ototóxicos ou nefrotóxicos.

Estou ciente de que esse 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 em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem o uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

| | | |
|---|-------|-----|
| Local: | Data: | |
| Nome do paciente: | | |
| Cartão Nacional de Saúde: | | |
| Nome do responsável legal: | | |
| Documento de identificação do responsável legal: | | |
| _____ Assinatura do paciente ou do responsável legal | | |
| Médico responsável: | CRM: | UF: |
| _____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____ | | |

ANEXO 02B - TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Colistimetato inalatório

Eu, _____ (nome do (a) paciente, declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos e contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do **colistimetato inalatório** indicado para o tratamento da **Fibrose Cística- complicações pulmonares**.

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) sobre o medicamento que passo a receber e estou ciente que devo tomar as devidas precauções quanto ao risco de efeitos:

- 1- Gastrintestinais: pode ocorrer diarreia e irritação gastrintestinal;
- 2- Neuromusculares: pode ocorrer paralisia muscular neurológica;
- 3- Renais: deve ser utilizada com precauções em pacientes com insuficiência renal, devido ao risco de aumento de nefrotoxicidade;
- 4- Respiratórias: pode ocorrer apneia, desconforto respiratório, insuficiência respiratória e paralisia do trato respiratório;
- 5- Neurológicas: pode ocorrer ataxia, tontura, neurotoxicidade, parestesia, fala arrastada e vertigens;
- 6- Dermatológicos: pode ocorrer erupções cutâneas, prurido generalizado e urticárias.

Estou ciente de que esse 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 em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem o uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

| | | |
|---|-------|-----|
| Local: | Data: | |
| Nome do paciente: | | |
| Cartão Nacional de Saúde: | | |
| Nome do responsável legal: | | |
| Documento de identificação do responsável legal: | | |
| _____ Assinatura do paciente ou do responsável legal | | |
| Médico responsável: | CRM: | UF: |
| _____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____ | | |