

_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
Tobramicina inalatória

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento tobramicina inalatória, indicado para o tratamento da FC – manifestações pulmonares.

Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas 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:

- diminuição da frequência das exacerbações respiratórias;
- melhora da qualidade de vida;
- melhora da respiração pulmonar.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- não se sabe ao certo os riscos do uso deste medicamento na gravidez; portanto, caso engravide, não devo interromper o tratamento e devo avisar imediatamente o médico;
- não se sabe se o medicamento é excretado no leite materno; devo conversar com o médico se for amamentar;
- contraindicação em casos de hipersensibilidade conhecida ao medicamento;
- as reações adversas mais comuns são tosse, inflamação da laringe ou faringe, rinite, falta de ar e sibilância (chiado no peito);
- problema renal (nefrotoxicidade) não foi observado com o uso de tobramicina inalatória, mas está associado ao uso da tobramicina endovenosa – assim, se ocorrer nefrotoxicidade, o medicamento deve ser suspenso;
- pode estar relacionado a perda de audição, *rash* cutâneo, náusea, vômitos, diarreia e dores musculoesqueléticas.

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 assistido, inclusive se desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

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: _____		