Termo de Esclarecimento e Responsabilidade Fludrocortisona

	Eu,									(nom	e do(a) pad	iente),	declaro
ter sid	lo inf	ormado(a	a) clarame	ente sob	re benefíci	os,	riscos,	cont	traindicaçõ	ões e p	rincipais ef	eitos a	adversos
relacio	nado	s ao uso	de fludro	ortison	a , indicada ¡	para	a o trata	ment	to de hipe	rplasia	adrenal cor	ıgênita	ì.
	Os	termos	médicos	foram	explicados	е	todas	as	dúvidas	foram	resolvidas	pelo	médico
							(no	me	do	médic	o que	pre	escreve).
	Ass	im, decla	ro que fui d	clarame	nte informad	o(a) de que	o m	edicamen	to que p	asso a recel	oer poo	de trazer
as seg	uinte	s melhora	as:										

- · aumento do crescimento;
- para a forma perdedora de sal, a fludrocortisona salva a vida.

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

- os riscos na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- pequenas quantidades do medicamento podem passar para o leite materno; portanto, o uso de fludrocortisona durante a amamentação não está indicado;
- efeitos adversos já relatados náuseas, vômitos, diarreia, dor de cabeça, nervosismo, desorientação, fraqueza, convulsões, ganho de peso, inchaço, alterações do paladar, aumento da pressão arterial, perda de potássio e insuficiência cardíaca congestiva;
- contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao medicamento;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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 em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem 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 respons	sável legal:		,						
Assinatura do paciente ou do responsável legal									
Médico responsável:		CRM:	UF:						
	·								
	Assinatura e carin	nbo do médico							
	Data:								

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.