

# TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

## PSORÍASE

### Acitretina, Metotrexato e Ciclosporina

Eu, \_\_\_\_\_(nome do(a) paciente),  
declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos  
adversos relacionados ao uso de **ACITRETINA, METOTREXATO e CICLOSPORINA**,  
indicados para o tratamento de **PSORÍASE**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas 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:

- melhora dos sintomas da doença;
- melhora da aparência das lesões na pele, com melhora da qualidade de vida.

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

- ciclosporina: medicamento classificado na gestação como fator de risco C (estudos em  
animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos;  
o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior  
que os riscos);

- acitretina e metotrexato: medicamentos classificados na gestação como fator de risco X  
(seu uso é contraindicado em gestantes ou em mulheres planejando engravidar);

- efeitos adversos da acitretina: dores musculares, dores nas articulações, dores de cabeça,  
náuseas, vômitos, secura das mucosas, perda de cabelo, sede não usual, irritação, secura  
nos olhos, alteração do paladar, sensibilidade aumentada à luz solar, unhas quebradiças,  
prisão de ventre, diarreia, cansaço, aumento do suor, elevação dos níveis de colesterol e  
triglicerídios; efeitos mais raros: cheiro anormal da pele, alergias na pele, inflamação da  
garganta, inflamação do pâncreas (pancreatite) e inflamação do fígado (hepatite);

- efeitos adversos do metotrexato: problemas gastrointestinais com ou sem sangramento,  
diminuição no número de glóbulos brancos no sangue, diminuição no número de plaquetas,  
aumento da sensibilidade da pele aos raios ultravioleta, feridas na boca, inflamação nas  
gengivas, inflamação na garganta, espinhas, perda do apetite, palidez, coceira, náuseas e  
vômitos; mais raros e dependendo da dose utilizada: cansaço associado à formação de  
bolhas e com perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de Stevens-Johnson e  
necrólise epidérmica tóxica) e problemas graves de pele; também pode facilitar o  
estabelecimento ou agravar infecções;

- efeitos adversos de ciclosporina: problemas nos rins e no fígado, tremores, aumento da  
quantidade de pelos no corpo, hipertensão, crescimento da gengiva, aumento dos níveis de  
colesterol e triglicerídios, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração,  
convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos  
quebradiços, coceira, espinhas, náuseas, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na  
boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas, prisão de ventre,  
desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões,  
aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os  
músculos, problemas respiratórios, sensibilidade aumentada à temperatura e aumento das  
mamas;

- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou  
aos componentes da fórmula; acitretina também é contraindicada em casos de alergia à  
vitamina A e seus derivados.

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 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.

( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

( ) acitretina

( ) metotrexato

( ) ciclosporina

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: _____