

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**ANEMIA APLÁSTICA**  
**Ciclosporina**

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

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) de que o medicamento que passo  
a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- recuperação das contagens celulares, tornando os pacientes independentes de transfusões e  
suas complicações e, em alguns casos, curados da doença.

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

- não se sabe ainda ao certo os riscos do uso de ciclosporina na gravidez; portanto, caso  
engravidar, devo avisar imediatamente o médico;

- efeitos adversos mais comumente relatados: problemas nos rins e fígado, tremores, aumento  
da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, aumento do crescimento da gengiva, aumento  
do 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;

- contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco;

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