

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**ANEMIA HEPATITE C**  
**Alfaepoetina 10.000**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente),  
declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais  
efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento **ALFAEPOETINA 10.000**, indicado para o  
tratamento da **ANEMIA HEPATITE C**.

Os termos médicos 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 as  
SEGUINTE MELHORIAS:

- correção da anemia e conseqüente redução da necessidade de transfusões;
- melhora sintomática e da qualidade de vida;
- redução no número de hospitalizações;
- melhora da capacidade cognitiva e desempenho físico.

Fui também claramente informado a respeito das seguintes CONTRA-INDICAÇÕES,  
POTENCIAIS EFEITOS ADVERSOS E RISCOS:

- não se sabe ao certo os riscos do uso da alfaepoetina na gravidez, portanto, caso engravide, devo  
avisar imediatamente ao meu médico.

- os efeitos adversos mais comumente relatados são os seguintes: tonturas, sonolência, febre,  
dores de cabeça, dores nas juntas e nos músculos, fraqueza e aumento da pressão arterial.

Também podem ocorrer problemas graves no coração como, infarto do miocárdio, acidentes  
vasculares cerebrais (derrame), além da formação de trombos. Ausência da produção de células  
vermelhas do sangue foi relatada raramente após meses a anos de tratamento com alfaepoetina.

- reações no local da injeção, como queimação e dor, podem ocorrer, mas mais freqüentemente em  
pacientes que receberam o medicamento por via subcutânea que por via intravenosa.

- medicamento está contra-indicado em casos de hipersensibilidade (alergia) a ele ou aos  
componentes da fórmula e em casos de pressão alta não controlada.

- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a super dosagem.

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, inclusive em caso de eu 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.

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