

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**ARTRITE REATIVA – DOENÇA DE REITER**  
**Sulfassalazina**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente),  
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais  
efeitos adversos relacionados ao uso de **SULFASSALAZINA**, indicada para o tratamento de  
**ARTRITE REATIVA - DOENÇA DE REITER**.

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:

- melhora dos sintomas de dor e dos sinais de inflamação articular;
- melhora da qualidade de vida.

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

- estudos com sulfassalazina no primeiro trimestre da gravidez em animais não mostraram  
anormalidades nos descendentes; porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê é  
muito improvável; estudos no terceiro trimestre da gravidez mostraram evidências de riscos ao  
feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos;
- efeitos adversos mais relatados – dor de cabeça, sensibilidade aumentada aos raios solares,  
alergias de pele graves, dores abdominais, náuseas, vômitos, perda de apetite, diarreia,  
hepatite, dificuldade para engolir, diminuição do número dos glóbulos brancos no sangue,  
parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), anemia por destruição  
aumentada dos glóbulos vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de  
plaquetas no sangue, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonite intersticial), dores  
articulares, cansaço e reações alérgicas;
- contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) 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 responsável legal:		
_____		
Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
_____		
Assinatura e carimbo do médico		Data: _____