

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA
Riluzol

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais
efeitos adversos relacionados ao uso de **RILUZOL**, indicado para o tratamento de
ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA.

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 a seguinte melhora:

- aumento do tempo de sobrevivência.

Fui também claramente informado(a) a respeito de 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;
- os efeitos adversos já relatados – fraqueza, sono, náuseas, vômitos, diarreia, dor na barriga,
formigamentos, alteração nas enzimas do fígado, dor de cabeça, aumento dos batimentos do
coração, diminuição das células brancas (diminuição das defesas) e vermelhas (anemia) do
sangue;
- contraindicado para pacientes com hipersensibilidade ao riluzol ou aos componentes da
fórmula e para aqueles com problemas no fígado.

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: _____