

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA
Fludrocortisona e Ciproterona**

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais
efeitos adversos relacionados ao uso de **FLUDROCORTISONA e CIPROTERONA**, indicadas
para o tratamento de **HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA**.

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:

- aumento do crescimento;
- para a forma perdedora de sal, a fludrocortisona salva a vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes 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;
- pequenas quantidades do medicamento podem passar para o leite materno; portanto, o uso de fludrocortisona durante a amamentação não está indicado;
- efeitos adversos:
 - Fludrocortisona: náuseas, vômitos, diarreia, dor de cabeça, nervosismo, desorientação, fraqueza, convulsões, ganho de peso, inchaço, alterações do paladar, aumento da pressão arterial, perda de potássio e insuficiência cardíaca congestiva;
 - Ciproterona: reações alérgicas, tosse, dificuldade para engolir, tonturas, coceiras, anemia, cansaço, visão turva, dor de cabeça, inabilidade para falar, cegueira, cirrose, dor abdominal, urina escura, diminuição do apetite, febre, náusea, vômitos, depressão, diabetes melito, boca seca, agitação, confusão, irritabilidade, infarto do miocárdio, pancreatite, embolia pulmonar, problemas renais, taquicardia, trombose, visão anormal, produção de leite e crescimento de mamas, perda de cabelo.
- contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida 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: _____