

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA**  
**Pancreatina e Pancrelipase**

Eu, \_\_\_\_\_(nome do(a) paciente),  
declaro ter sido informada claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais  
efeitos adversos relacionados ao uso de **PANCREATINA** e **PANCRELIPASE**, indicadas para o  
tratamento de **INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA**.

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 do cheiro e da quantidade de gordura nas fezes (esteatorreia);
- manutenção de bom estado nutricional.

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, deve avisar  
imediatamente o médico sem interromper o tratamento;
- contraindicado em casos de hipersensibilidade conhecida ao medicamento ou à proteína de  
suínos;
- a cápsula não deve ser rompida, pois o contato do pó com a pele pode causar irritação e a  
inalação pode causar falta de ar;
- reações adversas mais comuns, mas com baixa ocorrência – náuseas, diarreia, prisão de  
ventre e reações alérgicas na pele;
- doses extremamente altas têm sido associadas com aumento do ácido úrico na urina  
(hiperuricosúria) e no sangue (hiperuricemia).

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendome  
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.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

( ) Pancreatina

( ) Pancrelipase

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: _____