TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

LEIOMIOMA DE ÚTERO
Gosserrelina, Leuprorrelina, Triptorrelina

Eu, _____(nome da paciente), declaro ter sido informada claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **GOSSERRELINA**, **LEUPRORRELINA** e **TRIPTORRELINA** indicados para o tratamento da **LEIOMIOMA** de útero.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____(nome do médico que prescreve).

Assim declaro que:

Fui claramente informada de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhorias:

- diminuição da dor; e

- redução dos nódulos endometrióticos.

Fui também claramente informada a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos do uso do medicamento:

- contraindicado para gestantes ou para mulheres planejando engravidar;

- contraindicado para mulheres amamentando;

- efeitos adversos da gosserrelina - freqüentes: calorões, distúrbios menstruais; menos freqüentes: visão borrada, diminuição da libido, cansaço, dor de cabeça, náuseas, vômitos, dificuldade para dormir, ganho de peso, vaginite; raros: angina ou infarto do miocárdio, tromboflebites;

- efeitos adversos da leuprorrelina - freqüentes: calorões, diarréia, distúrbios menstruais; menos freqüentes: arritmias cardíacas, palpitações; raros: boca seca, sede, alterações do apetite, ansiedade, náuseas, vômitos, desordens de personalidade, desordens da memória, diminuição da libido, ganho de peso, dificuldades para dormir, delírios, dor no corpo, perda de cabelo e distúrbios oftalmológicos;

- efeitos adversos da triptorrelina - freqüentes: calorões, dores nos ossos, impotência, dor no local da injeção, hipertensão, dores de cabeça; menos freqüentes: dores nas pernas, fadiga, vômitos, insônia; raros: tonturas, diarréia, retenção urinária, infecção do trato urinário, anemia, prurido;

- contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;

- o risco de 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(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser assistida, inclusive em caso de eu 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.

O meu tratamento constará do seguinte medicamento:

( ) gosserrelina ( ) leuprorrelina ( ) triptorrelina

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:_____	