

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

AUTISMO Risperidona

Eu, _____ (nome do(a) paciente ou responsável), declaro ter sido informado(a) claramente sobre as indicações e contraindicações, os benefícios e riscos, principais efeitos adversos relacionados ao uso de risperidona, indicada para o tratamento de comportamento agressivo na pessoa com transtornos do espectro do **autismo**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- melhora no controle de alguns sintomas, como a raiva;
- redução de episódios de agressão ou autoagressão; e
- melhor participação em atividades de tratamento.

Fui também informado que este medicamento não tem efeito nos sintomas principais (nucleares) dos transtornos do espectro do autismo e nem leva à cura desta condição.

Fui também informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- efeitos adversos mais comuns são sonolência, aumento do apetite, salivação, dificuldade na eliminação das fezes, boca seca, cansaço, tremor, contrações musculares involuntárias, tontura, movimentos involuntários, aumento do peso e aceleração dos batimentos cardíacos.

- caso se engravidar ou tenha intenção de engravidar durante o tratamento, deve-se informar o médico para que se decida sobre tomar ou não tomara risperidona. Caso se esteja amamentando, também se deve informar ao médico, pois a risperidona não deve ser utilizada durante a lactação.

- A risperidona esta contraindicada em caso de alergia a risperidona ou componentes da fórmula, sendo-me orientado a consultar a bula do medicamento dispensado.

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(s) 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. () Sim () Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento: () risperidona

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: _____