

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
NEOPLASIA MALÍGNA DA GLÂNDULA TIREÓIDE
Tireotrofina Alfa Recombinante Humana**

Eu, _____ (nome do (a) paciente), abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre o medicamento Tireotrofina Alfa Recombinante Humana quanto à indicação (determinação da tireoglobulina (Tg) sérica, com ou sem associação a cintilografia corporal com radio-iodo, com o objetivo de detectar tecido residual da tireóide e persistência ou recidiva de carcinoma diferenciado da tiróide em doentes submetidos à tireoidectomia total e mantidos sob terapêutica de supressão hormonal da tiróide (THST), contra-indicações (histórico de alergia ao hormônio estimulador da tireóide (TSH) humano ou bovino, gravidez, amamentação, uso endovenoso) e principais efeitos colaterais e riscos (em pacientes com tumor de glândula tireóide foi registrado crescimento tumoral durante a retirada dos hormônios tireoidianos para fins de diagnóstico, podendo este fato estar relacionado com os elevados níveis de hormônio estimulador da tireóide (TSH) durante um período de tempo prolongado; é possível que o medicamento provoque o crescimento tumoral levando a hemorragia no local de eventuais metástases que, se estiverem em locais reduzidos, por exemplo, no espaço intracerebral ou na medula espinal, podem ocasionar sintomas agudos tais como hemiparesia ou perda de visão).

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim e que os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Autorizo o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul a fazer 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: _____