

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA ÁCIDO URSODESOXICÓLICO

Eu, _____ (nome do(a) paciente ou responsável), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do **ácido ursodesoxicólico**, indicadas para o tratamento de **colangite biliar primária**.

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 da ácido ursodesoxicólico: Ganho de peso, diarreia e fezes pastosas.

-efeitos adversos mais raros(ocorre em menos de 0,01% dos pacientes que utilizam este medicamento): intensa dor abdominal superior direita durante tratamento de colangite biliar primária; descompensação hepática foi observada em terapia de estágios avançados de cirrose biliar primária que regrediu parcialmente após a suspensão do tratamento; urticária; calcificação de cálculos.

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: _____