

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
MIASTENIA GRAVIS
Azatioprina, Ciclosporina, Imunoglobulina Humana e Piridostigmina

Eu, _____(nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, IMUNOGLOBULINA HUMANA e PIRIDOSTIGMINA** indicadas para o tratamento de **MIASTENIA GRAVIS**.

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 dos sintomas motores e redução do tempo de remissão com azatioprina;
- efeito poupador de glicocorticoide e melhora motora com ciclosporina;
- melhora funcional a curto prazo em casos de miastenia gravis refratária a outros imunossuppressores com imunoglobulina humana.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso destes medicamentos:

- não se sabe ao certo os riscos do uso de ciclosporina e imunoglobulina humana na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- há riscos para o feto durante a gravidez, porém o benefício do uso de azatioprina pode ser maior do que o risco e isso deve ser discutido com o médico;
- efeitos adversos da azatioprina – diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, queda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa;
- efeitos adversos da ciclosporina – problemas nos rins e no fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, aumento do crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicéridios, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dor de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náuseas, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos, problemas respiratórios, sensibilidade aumentada à temperatura, aumento das mamas;
- efeitos adversos da imunoglobulina humana – dor de cabeça, calafrios, febre, reações no local de aplicação da injeção que incluem dor, coceira e vermelhidão, aumento de creatinina e ureia no sangue e problemas graves nos rins.
- efeitos adversos piridostigmina: náuseas, vômitos, diarreia, cólica gástrica, peristaltismo aumentado, secreção brônquica, salivação e lacrimejo, taquicardia, miose, espasmos e fraqueza muscular e rash cutâneo. Contra-indicada em caso de hipersensibilidade ao fármaco ou aos componentes da fórmula.

A piridostigmina antagoniza a ação dos relaxantes musculares não despolarizantes como o suxametônio, não devendo ser administrado simultaneamente com os mesmos. A atropina contraria os efeitos colinérgicos da piridostigmina, especialmente a bradicardia e a hipersecreção.

Devem ser tomados cuidados especiais quando piridostigmina é utilizado em doentes com bradicardia, asma brônquica ou diabetes mellitus e após cirurgia gastro-intestinal.

Se o doente não demonstrar a resposta desejada ao tratamento com piridostigmina, tal poderá dever-se a sobredosagem. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose, mau absorção de glucosegalactose ou insuficiência de sacaraseisomaltase não devem tomar este medicamento.

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 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.

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: _____