

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
FIBROSE CÍSTICA – MANIFESTAÇÕES PULMONARES
Alfadornase, Tobramicina Inalatória

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais
efeitos adversos relacionados ao uso de **ALFADORNASE ou TOBRAMICINA INALATÓRIA**,
indicada para o tratamento de **FIBROSE CÍSTICA–MANIFESTAÇÕES PULMONARES**.

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:

- diminuição da frequência das exacerbações respiratórias;
- melhora da qualidade de vida;
- melhora da respiração pulmonar.

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

-as reações adversas mais comuns são tosse, inflamação da laringe ou faringe, rinite, falta de
ar e sibilância (chiado no peito);

-problema renal (nefrotoxicidade) não foi observado com o uso de tobramicina inalatória, mas
está associado ao uso da tobramicina endovenosa—assim, se ocorrer nefrotoxicidade, o
medicamento deve ser suspenso;

-pode estar relacionado a perda de audição, rashcutâneo, náusea, vômitos, diarreia e dores
musculares

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: _____