



Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

DAPAGLIFLOZINA

Eu, _____ (nome do[a] paciente),
declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos
adversos relacionados ao uso de **dapagliflozina**, indicados para o tratamento da **diabete melito tipo 2**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo (a) médico (a)
_____ (nome do médico que prescreve).
Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento,
assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o (s) medicamento (s) que passo a receber pode (m)
trazer os seguintes benefícios:

- prevenção das complicações da doença;
- controle da atividade da doença;
- melhora da capacidade de realizar atividades funcionais; e
- melhora da qualidade de vida.

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

- Efeitos adversos da dapagliflozina: gravidez e período de lactação; não deve ser usado em pacientes com
disfunção renal moderada a grave (com TFG estimada persistentemente inferior a 45 mL/min/1,73 m²).

Ressalta-se que o risco de ocorrência de efeitos adversos aos medicamentos aumenta com a
superdosagem.

Estou ciente de que este (s) medicamento (s) somente pode (m) ser utilizado (s) por mim, comprometendo-
me a devolvê-lo (s) 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 da usar o(s) medicamento(s).

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 de um ou mais dos seguintes medicamentos:

- () cloridrato de metformina
- () glibenclamida
- () gliclazida
- () insulina NPH
- () insulina regular
- () dapagliflozina



**Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada**

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<hr/> Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
<hr/> Assinatura e carimbo do médico		
Data: ____ / ____ / ____		