



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

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA SIM-P  
IMUNOGLOBULINA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente),  
abaixo identificado (a) e firmado (a) OU seu responsável legal, declaro ter sido informado (a) claramente  
sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionadas ao uso do  
medicamento imunoglobulina humana, indicada para o tratamento da **Síndrome Inflamatória  
Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à COVID-19**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo  
médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

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

- Os efeitos colaterais já relatados são: dor de cabeça, calafrios, febre, reações no local de aplicação da injeção, que incluem dor, coceira e vermelhidão. Problemas renais também já foram relatados (aumento de creatinina e ureia no sangue, seguido de oligúria e anúria, insuficiência renal aguda, necrose tubular aguda, nefropatia tubular proximal e nefrose osmótica);

- Medicamento contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco; - o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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 assistido (a), inclusive se desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

( ) Sim ( ) Não

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: _____		