



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

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
ACNE GRAVE
ISOTRETINOÍNA

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos
adversos relacionados ao uso de isotretinoína, indicada para o tratamento de **ACNE GRAVE**.

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 a seguinte melhora:

- Melhora da pele.

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

- Contraindicado na gestação ou em mulheres que planejam engravidar;
- Contraindicado em casos de alergia ao fármaco, à vitamina A e a seus derivados;
- Efeitos adversos – pele e mucosas (boca, nariz, vagina) secas, coceiras na pele, rouquidão,
ressecamento e problemas nos olhos (por exemplo, conjuntivite, catarata), queda de cabelo, pelos –
aumento do crescimento dos pelos, dores musculares, dores nas articulações, dor de cabeça, zumbido no
ouvido, náuseas, vômitos, diarreia, diminuição das células brancas e vermelhas do sangue, aumento ou
diminuição das plaquetas (células da coagulação), aumento dos triglicerídeos ou do colesterol, aumento do
ácido úrico no sangue, aumento da possibilidade de infecções.
- Os efeitos mais raros incluem inflamação do pâncreas (pancreatite) e inflamação do fígado
(hepatite);
- Possibilidade de ocorrência de piora da acne nas primeiras semanas do tratamento;
- Pacientes com problemas depressivos devem ser cuidadosamente acompanhados em caso de piora
do quadro;
- Recomenda-se a utilização de cremes com fator de proteção solar, visto que o sol pode provocar o
aparecimento de reações na pele;
- O risco de 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 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



**Diretoria Geral de Atenção Especializada
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:			
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico Responsável:		CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico			
Data: _____			