

Superintendência de Relações Intersetoriais Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Assistência Farmacêutica Especializada

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA

Enoxaparina sódica

Eu, (nome da gestante ou do	seu		
representante legal), declaro ter sido informada (o) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicaç	ões		
e principais efeitos adversos relacionados ao uso da enoxaparina sódica, indicada para o tratame	nto		
profilático de trombofilia.			
Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas premédico (nome do médico que prescreve).	elo		
Assim, declaro que fui claramente informada (o) de que o medicamento que passo a receber p	ode		
trazer a melhora dos sintomas e redução das complicações. E que também fui claramente informado (a) a		
respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:			
 Evento adverso mais comum: hemorragia que pode ocorrer em qualquer local do con principalmente na presença de fatores de risco associados, como lesões orgânicas suscetíves sangramento, procedimentos invasivos ou uso de associações medicamentosas que afetan coagulação. Outros eventos adversos menos comumente relatados em ensaios clínicos foram: trombocito 	is a n a		
trombocitopenia, hematoma, dor local, aumento das enzimas hepáticas, urticária, prurido, eriten	na e		
reação alérgica.			
Fui também claramente informada (o) que devo comunicar a qualquer profissional de saúde, que faço	uso		
de terapia anticoagulante, principalmente no caso de realização de procedimentos em que haja risco de			

hemorragia (por exemplo, procedimentos odontológicos ou médico-cirúrgicos).

Estou ciente de que o (s) medicamento (s) somente pode (m) ser utilizado (s) para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestante com trombofilia, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido.

Sei também que continuarei (a gestante continuará) a ser atendida, 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	() Nao
Meu tratamento constan	rá do seguinte medicamento:
() Enoxaparina sódica	–solução injetável de 40mg/0,4ML
() Enoxaparina sódica	– solução injetável de 60mg/0,6ML

Local:		Data:		
Nome do paciente:				
Cartão Nacional de Saúde:				
Nome do responsável legal:				
Documento de identificação do resp	oonsável legal:			
Assinatura do paciente ou do responsável legal				
Médico Responsável:	CRM:	UF:		
Assinatura e carimbo do médico		Data:		