

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
FÓRMULA DE AMINOÁCIDO ISENTA DE FENILALANINA

E _____
(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **fórmula de aminoácido isenta de fenilalanina** indicada para o tratamento da **fenilcetonúria**.

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

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que a fórmula que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- controle dos níveis do de fenilalanina no sangue;
- prevenção de sintomas clínicos, como dificuldade de aprendizagem.

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

- contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) à fórmula metabólica ou aos seus componentes.

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**.

Local:	Data:
Nome do paciente:	
CNS:	
Nome do Responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
 _____ Assinatura do paciente ou responsável legal: 	
Médico:	CRM:
 _____ Assinatura e carimbo do médico	
 _____/_____/_____ Data	