

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

CAPTOPRIL, ENALAPRIL, LOSARTANA, ESPIRONOLACTONA E DAPAGLIFLOZINA

Eu, _____ (nome do[a] paciente),
declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso de **captopril, enalapril, espironolactona, losartana e dapagliflozina**, indicados para o tratamento da Doença Renal Crônica, segundo critérios de elegibilidade definidos neste Protocolo.

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

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

- atenuar a progressão da doença renal crônica;
- diminuir a necessidade de iniciar diálise.

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

- Os eventos adversos mais comuns dos medicamentos captopril, enalapril, losartana são a hipercalemia e a piora aguda da função renal. Consultas e exames durante o tratamento são necessários.

- O evento adverso mais comum do medicamento espironolactona é a hiperpotassemia. Consultas e exames durante o tratamento são necessários.

- O evento adverso mais comum do medicamento dapagliflozina é a hipoglicemia. Consultas e exames durante o tratamento são necessários.

- Todos esses medicamentos são contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

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 desistência do uso do 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

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() captopril

() enalapril

() espironolactona

() losartana

() dapagliflozina

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: _____		

Nota: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.