

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
DOENÇA DE WILSON
Penicilamina**

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

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 as seguintes melhoras:

- aumento da expectativa de vida;
- diminuição da sintomatologia com melhora da qualidade de vida.

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

- há evidências de riscos ao feto com o uso da penicilamina; portanto, caso engravide, devo avisar
imediatamente o médico, sem interromper o tratamento;
- efeitos adversos da penicilamina – principais: reações alérgicas (coceira, vermelhidão na pele),
náuseas, vômitos, diarreia, dor no estômago, diminuição ou perda do paladar, diminuição das
células brancas e vermelhas do sangue (que devem ser muito controladas), fraqueza nos músculos,
zumbidos, agitação, ansiedade, queda de cabelo, visão borrada; mais raros: inflamação do
pâncreas, inflamação dos pulmões, síndromes miastênicas (dificuldade para respirar, falar,
mastigar, engolir, visão dupla e fraqueza nos músculos) e síndromes lúpicas (bolhas na pele, dor no
peito e dor nas juntas), proteinúria e síndrome nefrótica;
- contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou a componentes da
formulação;
- 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 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

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() penicilamina

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: _____		