

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**FIBROSE CÍSTICA – MANIFESTAÇÕES PULMONARES**  
**Alfadornase**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente),  
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais  
efeitos adversos relacionados ao uso de **ALFADORNASE**, indicada para o tratamento de  
**FIBROSE CÍSTICA – MANIFESTAÇÕES PULMONARES**.

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:

- diminuição da frequência das exacerbações respiratórias;
- melhora da qualidade de vida;
- melhora da respiração pulmonar.

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

- os riscos na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, deve avisar  
imediatamente o médico, sem interromper o tratamento;
- não se sabe se o medicamento é excretado no leite; converse com o médico se for  
amamentar;
- contraindicado em casos de hipersensibilidade conhecida ao medicamento;
- reações adversas mais comuns – rouquidão, inflamação da laringe ou faringe, alergias na  
pele, dor no peito, inflamação nos olhos.

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.

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: _____