

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
GLOMERULONEFRITE
Ciclosporina**

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e
principais efeitos adversos relacionados ao uso do(s) medicamento(s): **CICLOSPORINA**
indicado(s) para o tratamento de **GLOMERULONEFRITE**.

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 respeito das seguintes **CONTRA-INDICAÇÕES, POTENCIAIS
EFEITOS ADVERSOS E RISCOS**:

Risco de infecções de várias etiologias e alguns tipos de neoplasias (câncer) é aumentado com o uso deste medicamento. As principais reações adversas incluem disfunção renal, tremores, aumento da quantidade de pêlos no corpo, pressão alta, hipertrofia gengival, aumento do colesterol e triglicérides, formigamentos, dor no peito, infarto do miocárdio, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náuseas, vômitos, perda de apetite, gastrite, úlcera péptica, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, hemorragias, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, síndrome hemolítico-urêmica, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, hipercalemia, hipomagnesemia, hiperuricemia, toxicidade para os músculos, disfunção respiratória, sensibilidade aumentada à temperatura e reações alérgicas, toxicidade renal e hepática, ginecomastia. Medicação contra-indicada em casos de amamentação, insuficiência renal crônica, hipertensão arterial sistêmica, pacientes com história de neoplasia, hipersensibilidade à ciclosporina ou aos componentes da sua formulação, infecção aguda, gestação, hiperuricemia, hiperpotassemia, síndrome de mal absorção.

Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente podem ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer 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: _____ |