

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
ICTIOSES HEREDITÁRIAS
Acitretina

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

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:

- melhora da descamação e redução das escamas;
- maior elasticidade cutânea;
- maior tolerância ao calor com tendência a melhora da sudorese.

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

- contraindicado para gestante ou para mulheres que planejem engravidar;
- contraindicado em casos de alergia ao fármaco, à vitamina A e a seus derivados;
- efeitos adversos – dores musculares, dores nas articulações, dores de cabeça, náuseas,
vômitos, secura das mucosas, perda de cabelo, sede não usual, irritação, secura nos olhos,
alteração do paladar, sensibilidade aumentada à luz solar, unhas quebradiças, prisão de ventre,
diarreia, cansaço, aumento do suor, elevação do colesterol e triglicerídios. Os efeitos mais raros
incluem cheiro anormal da pele, alergias na pele, inflamação da garganta, inflamação do
pâncreas (pancreatite) e inflamação do fígado (hepatite);
- risco de 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 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: _____ | | |