

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
PUBERDADE PRECOCE
Gosserrelina, Leuprorrelina e Triptorrelina

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais
efeitos adversos relacionados ao uso de **GOSSERRELINA, LEUPRORRELINA** e
TRIPTORRELINA, indicadas para o tratamento de **PUBERDADE PRECOCE**.

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:

- regressão do amadurecimento sexual (caracteres sexuais secundários);
- diminuição da velocidade de crescimento;
- regressão dos níveis de hormônios (gonadotrofinas).

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

- contraindicação em gestantes ou em mulheres planejando engravidar;
- contraindicação para mulheres amamentando;
- efeitos adversos da gosserrelina – calorões, distúrbios menstruais, visão borrada, diminuição da
libido, cansaço, dor de cabeça, náuseas, vômitos, dificuldade para dormir, ganho de peso, vaginite.
Os mais raros incluem angina ou infarto do miocárdio, tromboflebites;
- efeitos adversos da leuprorrelina – calorões, diarreia, distúrbios menstruais, arritmias cardíacas,
palpitações, boca seca, sede, alterações do apetite, ansiedade, náuseas, vômitos, desordens de
personalidade, desordens da memória, diminuição da libido, ganho de peso, dificuldades para
dormir, delírios, dor no corpo, queda de cabelo e distúrbios oftalmológicos;
- efeitos adversos da triptorrelina – calorões, dores nos ossos, impotência, dor no local da injeção,
hipertensão, dor de cabeça, dores nas pernas, fadiga, vômitos, insônia, tonturas, diarreia, retenção
urinária, infecção do trato urinário, anemia, prurido;
- contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;
- o 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 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.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

gosserrelina

leuprorrelina

triptorrelina

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: _____