

**Superintendência de Relações Intersetoriais**  
**Coordenadoria de Assistência Farmacêutica**  
**Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada**  
**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**Dapagliflozina**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do[a] paciente),  
declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso de dapagliflozina, indicados para o tratamento da Doença Renal Crônica, segundo critérios de elegibilidade definidos neste Protocolo.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo(a) médico(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_(nome do(a) médico(a) que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- atenuar a progressão da doença renal crônica;
- diminuir a necessidade de iniciar diálise.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos:

- O evento adverso mais comum do medicamento dapagliflozina é a hipoglicemia. Também pode ocorrer depleção de volume, infecções urinárias, infecções genitais, hipoglicemia. Consultas e exames durante o tratamento são necessários.
- A dapagliflozina é contraindicada em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula. Também é contraindicada no segundo e terceiro trimestres da gestação.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim e que é expressamente proibido doar, repassar, comercializar ou ofertar o medicamento para um terceiro. Comprometo-me a devolvê-lo no local de retirada (farmácia), caso não queira ou não possa utilizá-lo ou, ainda, se o tratamento for interrompido.

Fui informado ainda que a continuidade do tratamento dependerá da resposta terapêutica e segurança do tratamento.

Autorizo a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, de acordo com os termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais-LGPD.

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: _____		

