

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
DISLIPIDEMIA**

ATORVASTATINA, FLUVASTATINA, LOVASTATINA, PRAVASTATINA, ÁCIDO NICOTÍNICO, BEZAFIBRATO,
CIPROFIBRATO, ETOFIBRATO, FENOFIBRATO e GENFIBROZILA.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de estatinas, fibratos e ácido nicotínico, indicados para o tratamento da dislipidemia.

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 os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

Estatinas: prevenção de eventos cardiovasculares maiores, incluindo morte, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e revascularização, entre outros;

Fibratos: prevenção de pancreatite aguda;

Ácido nicotínico: prevenção de eventos cardiovasculares maiores.

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

As estatinas não devem ser utilizadas durante a gestação; em doses usuais são bem toleradas, com baixa incidência de efeitos adversos;

Os efeitos adversos mais frequentes das estatinas são prisão de ventre, diarreia, gases, dor de estômago, tontura, dor de cabeça, náusea, alergias de pele;

Efeitos menos frequentes (necessitam, porém, de atenção médica imediata, podendo ser fatais) são dores musculares, câibras, febre, cansaço, fraqueza, que caracterizam a mialgia ou rabdomiólise; e efeitos mais raros são impotência, insônia; não se sabe ao certo os riscos do uso de fibratos na gravidez; portanto, caso engravide, comunicarei o médico imediatamente;

Os fibratos podem induzir o aparecimento de cálculos biliares, estando contraindicados para pacientes com esta doença; os efeitos adversos dos fibratos são desordens no sangue (anemia, leucopenia, trombocitopenia), angina, arritmias cardíacas, pancreatite, cálculos biliares, problemas no fígado e nos rins, sintomas gripais, piora de úlcera, coceiras e alergia de pele; não há relatos de efeitos do uso de ácido nicotínico na gravidez;

Os efeitos adversos do ácido nicotínico (com doses mais altas) são arritmias cardíacas, diarreia, tonturas, secura dos olhos e de pele, aumento de glicose no sangue, náusea, vômitos, dor de estômago, coceiras; e são efeitos de menor incidência dor de cabeça, calorões no rosto e no pescoço;

O risco de rabdomiólise aumenta com o uso concomitante dos medicamentos.

Estou ciente de que o uso destes medicamentos não substitui outras medidas para diminuição dos níveis de colesterol e triglicérides, tais como dieta adequada, controle do peso corporal e prática de atividade física.

Estou também ciente de que o 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 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.

Sim Não

Meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atorvastatina | <input type="checkbox"/> Fluvastatina | <input type="checkbox"/> Lovastatina | <input type="checkbox"/> Pravastatina |
| <input type="checkbox"/> Ácido nicotínico | <input type="checkbox"/> Bezafibrato | <input type="checkbox"/> Ciprofibrato | <input type="checkbox"/> Etofibrato |
| <input type="checkbox"/> Fenofibrato | <input type="checkbox"/> Genfibrozila | | |

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: _____			