

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE DE  
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA  
Alfaepoetina**

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 medicamento **ALFAEPOETINA**, indicado para o tratamento da **ANEMIA NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**.

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) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as SEGUINTE MELHORIAS:

- correção da anemia e conseqüente redução da necessidade de transfusões;
- melhora sintomática e da qualidade de vida;
- redução no número de hospitalizações;
- melhora da capacidade cognitiva e desempenho físico.

Fui também claramente informado a respeito das seguintes CONTRA-INDICAÇÕES, POTENCIAIS EFEITOS ADVERSOS E RISCOS:

- não se sabe ao certo os riscos do uso da alfaepoetina na gravidez, portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico.
- os efeitos adversos mais comumente relatados são os seguintes: tonturas, sonolência, febre, dores de cabeça, dores nas juntas e nos músculos, fraqueza e aumento da pressão arterial. Também podem ocorrer problemas graves no coração como, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais (derrame), além da formação de trombos. Ausência da produção de células vermelhas do sangue foi relatada raramente após meses a anos de tratamento com alfaepoetina.
- reações no local da injeção, como queimação e dor, podem ocorrer, mas mais freqüentemente em pacientes que receberam o medicamento por via subcutânea que por via intravenosa.
- medicamento está contra-indicado em casos de hipersensibilidade (alergia) a ele ou aos componentes da fórmula e em casos de pressão alta não controlada.
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a super dosagem.

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, inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento.

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: |      |             |
| <br>                                             |      |             |
| Assinatura do paciente ou do responsável legal   |      |             |
| Médico Responsável:                              | CRM: | UF:         |
| <br>                                             |      |             |
| Assinatura e carimbo do médico                   |      | Data: _____ |