

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**SÍNDROME DE TURNER**  
**Somatropina**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome da paciente), declaro ter sido informada claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **SOMATROPINA**, indicada para o tratamento de **SÍNDROME DE TURNER**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informada de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- aumento da altura final e da velocidade de crescimento.

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

- há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos. Caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- o medicamento pode ser excretado pelo leite materno; portanto, em caso de amamentação, o médico deverá ser consultado;

- efeitos adversos – doenças no ouvido, reações alérgicas, alteração da visão, dor de cabeça, náuseas, vômitos, dor no local da aplicação, inflamação do pâncreas, crescimento anormal das mamas, dor nos músculos, dor nas juntas, inchaço, cansaço, fraqueza, aumento da glicose no sangue, alteração na tireoide;

- risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem;

- contraindicado em caso de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco ou a componentes da fórmula.

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 atendida, 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 seguinte medicamento: ( ) somatropina

|                   |       |
|-------------------|-------|
| 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: _____ |