

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

### ANGIOEDEMA

#### Danazol

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de DANAZOL, indicado para o tratamento de **ANGIOEDEMA**.

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 a seguinte melhora:

- redução do número e/ou gravidade das manifestações do angioedema.

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

- os riscos na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- pequenas quantidades do medicamento podem passar para o leite materno; portanto, seu uso durante a amamentação não está indicado;
- efeitos adversos já relatados: náuseas, vômitos, diarreia, dor de cabeça, nervosismo, desorientação, fraqueza, convulsões, ganho de peso, inchaço, alterações do paladar, aumento da pressão arterial, perda de potássio e insuficiência cardíaca congestiva;
- contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao medicamento;
- o risco da ocorrência de eventos 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. ( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento: ( ) Danazol

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