

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – RETOCOLITE ULCERATIVA OU DOENÇA DE CROHN

Eu, (**nome do (a) paciente**), abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais, relacionados ao uso dos medicamentos Adalimumabe, Certolizumabe, Golimumabe, Infliximabe, Tofacitinibe, Upadacitinibe e Ustequinumabe indicados para o tratamento da Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn.

Estou ciente de que esse medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o medicamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico (**nome do médico que prescreve**).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade de submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

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

- Diminuição da frequência evacuatória;
- Diminuição do valor da Calprotectina Fecal indicando melhora da inflamação intestinal;

Fui também claramente informado (a) a respeito dos potenciais efeitos colaterais, contra-indicações e riscos:

- Contra-indicação em casos de hipersensibilidade (alergia) aos medicamentos;
- Risco de infecções de várias etiologias e alguns tipos de neoplasias (câncer) são aumentados, principalmente, com o uso desses fármacos em associação;
- Diversos efeitos colaterais podem ocorrer, de acordo com as diferentes drogas conforme bula dos medicamentos;
- O risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.
- Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique em qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos desse Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

O meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- Adalimumabe, Certolizumabe, Golimumabe, Infliximabe, Tofacitinibe, Upadacitinibe e Ustequinumabe.

Paciente: _____

Documento de Identidade: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Responsável legal (quando for o caso): _____

Documento de identidade do responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou do responsável legal: _____

Médico responsável: _____ CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Assinatura e/ou carimbo do médico: _____ Data: ____ / ____ / ____

Observações:

1- O preenchimento completo desse termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.

- 1- Esse termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.