

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Codeína, Morfina, Metadona

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 adversos, relacionados ao uso dos medicamentos Codeína, Morfina e Metadona para o alívio da Dor Crônica.

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

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

Assim declaro que:

Fui claramente informado que os medicamentos podem trazer, como principal benefício, o alívio da dor e a melhoria da qualidade de vida.

Fui também claramente informado a respeito dos potenciais efeitos adversos, contra-indicações, riscos e advertências a respeito do uso destes no alívio da dor crônica:

1 - CODEÍNA

Medicamento analgésico, considerado opiáceo fraco, usado para alívio da dor moderada.

Contra-indicações: diarreia associada à colite pseudo-membranosa causada por uso de Cefalosporinas, Lincomicina ou Penicilina; diarreia causada por envenenamento; hipersensibilidade à Codeína ou outros opiáceos; casos de dependência de drogas, incluindo alcoolismo.

Efeitos colaterais: sonolência; constipação intestinal; náusea e vômitos nas primeiras doses; reações alérgicas; depressão respiratória; confusão mental; visão dupla ou nublada; boca seca; perda de apetite; espasmo uretral.

Interações medicamentosas (que interferem na ação da Codeína): álcool; sedativos; anti-histamínicos; inibidores da monoamino-oxidase (IMAO); antidepressivos tricíclicos.

2 - MORFINA:

Analgésico opiáceo forte indicado para pacientes sem o controle adequado da dor, que se apresenta em grau moderado, intenso ou muito intenso. Sua dosagem pode ser aumentada gradativamente, de acordo com a necessidade individual para o alcance da analgesia.

Contra-indicações: hipersensibilidade à morfina ou a algum dos componentes da fórmula; insuficiência respiratória grave.

Efeitos colaterais: sedação (pode durar de 3 a 5 dias, melhorando a partir de então); náusea e vômitos (a tolerância desenvolve-se rapidamente - de 5 a 10 dias); depressão respiratória (pacientes com câncer desenvolvem rápida tolerância); constipação intestinal; confusão mental (pode ocorrer nos primeiros dias de tratamento); retenção urinária.

Efeitos colaterais de menor frequência: fraqueza; cefaléia; insônia; anorexia; boca seca; prurido; palpitações.

Interações medicamentosas (que interferem na ação da Morfina): álcool; sedativos; anti-histamínicos; inibidores da monoamino-oxidase (IMAO); fenotiazinas, butirofenonas, antidepressivos tricíclicos.

3 - METADONA

Medicamento opiáceo sintético de alta potência analgésica, indicado como alternativa nos casos de dor intensa, de difícil tratamento.

Contra-indicações: hipersensibilidade à Metadona ou a algum dos componentes da fórmula; insuficiência respiratória grave.

Efeitos colaterais: depressão respiratória; depressão circulatória; delírio; tonteira; náusea e vômitos; transpiração excessiva;

Efeitos colaterais de menor frequência: fraqueza; cefaléia; euforia; insônia; boca seca; anorexia; constipação intestinal; palpitações; retenção urinária.

Interações medicamentosas (que interferem na ação da Metadona): álcool; agonistas/antagonistas morfínicos (buprenorfina, nalbufina, pentazocina); inibidores da monoamino-oxidase (IMAO); outros derivados morfínicos (analgésicos ou antitussígenos); anti-histamínicos H1; sedativos; barbitúricos; benzodiazepínicos; outros ansiolíticos que não os benzodiazepínicos; neurolépticos; clonidina e similares; fluoxetina e outros serotoninérgicos; cimetidina; rifampicina, fenitoína e outros indutores enzimáticos hepáticos.

O uso de qualquer dos opiáceos acima relacionados requer maiores precauções e cuidados quando em casos de gravidez, amamentação, pacientes idosos e crianças.

A utilização de opiáceos pode prejudicar as habilidades motoras e capacidade física, necessárias para o desempenho de tarefas potencialmente perigosas como conduzir veículos ou operar máquinas.

Quando não for possível a prevenção e tratamento dos efeitos colaterais, o medicamento deverá ser suspenso, em conformidade com a decisão médica.

Desmitificação em relação a analgésicos opiáceos: não causa **vício**; não causa depressão respiratória clinicamente significativa em pacientes com câncer, mesmo com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); não acelera a morte; não transforma paciente em zumbi.

Estou ciente que pode haver necessidade de mudança das doses, assim como o tipo de medicamento que fará parte do meu tratamento;

Estou ciente que posso suspender este 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.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

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

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

Além disso, fui informado da obrigatoriedade de devolução dos opiáceos que, por qualquer motivo, não tenham sido utilizados. Este compromisso é também assumido, solidariamente, pelo meu parente ou responsável que juntamente comigo firma o presente Termo de Consentimento Informado. A devolução deverá ocorrer, preferencialmente, no mesmo local em que recebi os medicamentos.

O meu tratamento constará de **um** dos seguintes medicamentos:

- Codeína
- Morfina
- Metadona

Paciente:

R.G. do paciente:

Sexo do Masculino () Idade:

paciente: Feminino () _____

Endereço:

Cidade: CEP: Telefone: ()

Responsável legal (quando for o caso):

R.G. do responsável legal:

—

Assinatura do paciente e Parente ou Responsável

Observação: se o paciente estiver incapacitado, o presente Termo de Consentimento Informado poderá ser assinado apenas pelo paciente ou responsável, devidamente identificado.

Médico Responsável: _____ CRM: _____

Endereço do consultório: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: () _____

Assinatura e carimbo do
médico

Data

Observações:

1. Preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura é imprescindível para o fornecimento dos medicamentos.
2. Este Termo será preenchido em duas vias ficando uma arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e outra no prontuário do paciente.