

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
Desmopressina

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 desmopressina, indicado para o tratamento da diabetes insípida.

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 seguintes melhorias:

- melhora dos sintomas e da qualidade de vida dos pacientes;
- diminuição das complicações das doenças mais graves.

Fui também claramente informado a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê muito improvável;

- os efeitos adversos já relatados são os seguintes: dor de cabeça, cansaço, náusea, dor no estômago, dor e sangramento nasal, dor de garganta, queda da pressão com aumento dos batimentos do coração, vermelhidão da face, reações alérgicas;

- medicamento contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco;

- a segurança para o uso da desmopressina durante a amamentação ainda não foi estabelecida; em séries de casos a desmopressina tem sido utilizada durante a amamentação sem o registro de problemas para a mãe ou criança;

- a ingestão de líquidos deverá ser controlada de acordo com as orientações do médico para evitar intoxicação por excesso de líquidos e hiponatremia (diminuição do sódio);

- o risco da ocorrência de efeitos 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 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><div style="text-align: center;">_____<br/>Assinatura do paciente ou do responsável legal</div> |  |       |     |
| Médico Responsável:                                                                                 |  | CRM:  | UF: |
| <br><div style="text-align: center;">_____<br/>Assinatura e carimbo do médico<br/>Data: _____</div> |  |       |     |

**OBSERVAÇÃO:**

Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.