

TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) _____ registrado (a) no Conselho Regional de Medicina do Estado _____ sob o número _____ sou responsável pelo tratamento e acompanhamento do (a) paciente _____ sexo _____ com idade de _____ anos completos, com diagnóstico de _____ para quem estou indicando o medicamento a base de talidomida.

1. Informei verbalmente a(o) paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utiliza na gravidez, que não evita filhos e que não provoca aborto. Portanto somente pode ser utilizado por ele (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informei verbalmente também que a talidomida pode causar problemas como sonolência, neuropatia periférica e pseudo abdome agudo.
3. Informei verbalmente a(o) paciente que poderá ser responsabilizado (a) na justiça, caso repasse o medicamento a base de talidomida a outra pessoa, deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
4. Informei que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
5. Recomendei ao paciente do sexo masculino que utilize preservativo durante todo o tratamento com Talidomida e 30 (trinta) dias após o término e que informe a sua parceira e familiares o potencial risco da droga.
6. Informei que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
7. Certifiquei-me que o(a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a): _____ C.R.M.: _____ Data: ____ / ____ / ____

A ser preenchido pelo(a) paciente(a):

Eu, _____
Carteira de Identidade nº _____ Órgão Expedidor _____ residente na _____
_____ Cidade _____ Estado _____ e telefone _____.

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

CONCORDO que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Nome e assinatura do responsável caso o(a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto(a), incapaz ou impossibilitado(a) de locomoção:

Eu, _____ RG _____ órgão expedidor _____, responsável pelo(a) paciente _____, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor a(o) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____