Um olhar mais atento pode fazer a diferença
LIGUE HANSEN: 0800 642 7100

ANEXO V - B

GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
www.to.gov.br
Secretaria da Saúde
hanseniase@saude.to.gov.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO, MENORES DE 55 ANOS DE IDADE

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

1. Informei verbalmente à paciente, com diagnóstico de_____ que o medicamento a base de talidomida tem altíssimo risco de causar deficiências graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez. Estas deficiências ocorrem no período bem inicial da formação do bebê, quando a maioria das mulheres ainda não sabem que está grávida.

2. Informei verbalmente à paciente que a talidomida pode causar sonolência, neuropatia periférica e pseudo abdome agudo, que a talidomida não provoca aborto, não evita filhos e que não deve passar este medicamento para ninguém.

3. Expliquei verbalmente que como este remédio fica no corpo durante algum tempo após o tratamento e pode causar defeitos em bebês mesmo quando ela já terminou o tratamento, ela deve aguardar 30 dias antes de tentar engravidar após terminar o tratamento com talidomida.

4. Informei verbalmente à paciente que poderá ser responsabilizada 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.

5. Informei que o medicamento deve ser guardado em lugar seguro.

6. Constatei por meio de teste de gravidez de **ALTA SENSIBILIDADE** (que detecta desde o primeiro dia de atraso menstrual), que a paciente não está grávida:

   Data do Teste:_____ Resultado:_____

   Nome do Laboratório onde foi Realizado o Teste:_____

7. Certifiquei-me que a paciente está utilizando 2 (dois) métodos para evitar gravidez altamente eficaz, sendo um deles de barreira:

   Métodos anticoncepcionais em uso:_____ Data de início: _____

8. Informei à paciente que o seu parceiro deve usar preservativo nas relações sexuais ocorridas durante o tratamento.

9. Solicitei à paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.

10. Informei verbalmente à paciente que caso venha suspeitar que esteja grávida deverá parar **IMEDIATAMENTE** o tratamento e me procurar.

11. 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.

12. Certifiquei-me que a paciente compreendeu as informações por mim 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 TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA.**

Assinatura:_____Data:_____/_____/_____

☐ **CONCORDO que vou fazer o tratamento e declaro que recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer e decaro que entendi as informações prestadas e me comprometo a cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento no prazo previsto no item 3, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.**

Assinatura:_____Data:_____/_____/_____

Nome e assinatura do responsável caso a paciente seja menor de 18 anos, analfabeta, incapaz ou impossibilitada de locomoção:

Eu,_____ RG_____ órgão expedidor_____, responsável pela paciente_____, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor a paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura:_____Data:_____/_____/_____