

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
USO INTRAVÍTREO DE BEVACIZUMABE**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso intravítreo de bevacizumabe, indicado para o tratamento da degeneração macular relacionada com a idade (DMRI) – forma neovascular.

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

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

- estabilização da evolução da doença e
- melhora da visão (obtida em um terço dos pacientes).

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- o tratamento da DMRI – forma neovascular com bevacizumabe não está indicado na bula do medicamento;
- medicamento classificado na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado para gestantes ou para mulheres que pretendem engravidar);
- efeitos adversos locais após a injeção intravítrea: aumento da quantidade de sangue no local da aplicação (bastante comum), presença de moscas volantes, complicações como sangramento na parte interna e posterior do olho (vítrea), descolamento de retina, ruptura da retina, inflamação do globo ocular (pouco frequente), catarata e infecções, que podem levar a cegueira permanente;
- apesar da administração local, alguns efeitos adversos sistêmicos podem ocorrer: distúrbios gastrintestinais, hemorragia, AVC e ataque cardíaco, entre outros;
- contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou a componente da fórmula.

Após a aplicação intravítrea, a absorção sistêmica do fármaco é baixa, porém pode ser detectada na corrente sanguínea.

Fui informado(a) de que continuarei a ser atendido (a) em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

Nota: O medicamento inclui-se em procedimento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.