

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
PANCREATINA**

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos
adversos relacionados ao uso do medicamento pancreatina indicado para o tratamento da fibrose cística –
insuficiência pancreática.

Os termos médicos me 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 os
seguintes benefícios:

- correção da má-absorção de nutrientes;
- controle dos sintomas digestivos;
- adequado desenvolvimento e crescimento.

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

- não se sabe ao certo os riscos do uso deste medicamento na gravidez; portanto, caso engravide, não
interrompo o tratamento e aviso imediatamente o médico;
- contraindicação em casos de hipersensibilidade conhecida ao medicamento ou à proteína de suínos;
- bebês e crianças pequenas não conseguem deglutir as cápsulas e, portanto, as mesmas devem ser abertas e
seu conteúdo misturado ao leite materno, purê ou suco de maçã, fórmula infantil ou suco de laranja,
conforme orientação de meu médico. O contato direto prolongado das microesferas com a boca deve ser
evitado, pois pode causar úlceras. A boca deve ser inspecionada após as refeições e as microesferas retiradas,
se necessário;
- as cápsulas contêm microesferas revestidas que não devem ser dissolvidas ou trituradas, pois ocorre
diminuição da eficácia do medicamento;
- as reações adversas mais comuns, mas com baixa ocorrência, incluem náusea, diarreia, prisão de ventre e
reações alérgicas na pele;
- doses elevadas têm sido associadas com aumento do ácido úrico na urina (hiperuricosúria) e no sangue
(hiperuricemia) e colonopatia fibrosante.

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 a
ser assistido, inclusive se 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: _____		