

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, ÁCIDO FÓLICO, CIANOCOBALAMINA, CLORIDRATO DE PIRIDOXINA E**  
**FÓRMULA METABÓLICA ISENTA DE METIONINA.**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **ácido acetilsalicílico, ácido fólico, cianocobalamina, cloridrato de piridoxina e fórmula metabólica isenta de metionina** indicados para o tratamento da **homocistinúria clássica**.

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 os medicamentos que passo a receber podem trazer os seguintes benefícios:

- prevenção do aparecimento de complicações, como do entupimento das veias;
- melhora dos sintomas da doença, como aumento da densidade do osso.

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

- o uso de piridoxina em doses diárias superiores a 900 mg foi associado ao aparecimento de neuropatia periférica e insuficiência respiratória;
- contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) à fórmula metabólica ou aos seus componentes, bem como a qualquer dos medicamentos e suplementos mencionados neste PCDT.

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 atendido (a), inclusive 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

O meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

- Ácido acetilsalicílico
- Ácido fólico
- Cianocobalamina
- Cloridrato de piridoxina
- Fórmula metabólica isenta de metionina

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

**Nota:** Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.