

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO SOBRE O USO DO PALIVIZUMABE NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO CAUSADA PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

Eu, _____, responsável pelo paciente _____, abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento **Palivizumabe** para a prevenção de infecção causada pelo **Vírus Sincicial Respiratório**.

Estou ciente de que este medicamento não poderá ser utilizado por outras pessoas, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido. Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter o paciente ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

Estou ciente de que o Palivizumabe está indicado para prevenção de Infecções causadas pelo vírus Sincicial Respiratório.

Assim, declaro que:

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

Podem ocorrer os seguintes efeitos indesejáveis possíveis: febre, nervosismo, reação a injeção, diarreia, rash, elevação de enzimas hepáticas, função hepática anormal, doença do trato respiratório superior, leucopenia, vômito, tosse e rinite.

Contraindicado em caso hipersensibilidade conhecida à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, ou a outros anticorpos monoclonais humanizados. Palivizumabe não é indicado para adultos.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar tratando o paciente em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao tratamento do paciente, para fins de pesquisa, desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Paciente:

Certidão de Nascimento:

Sexo: Masculino () Feminino ()

Idade:

Endereço:

Cidade:

CEP:

Telefone: ()

Responsável legal:

Documento de identidade do responsável legal:

Assinatura do responsável legal

Médico responsável:

CRM:

UF:

Endereço:

Cidade:

CEP:

Telefone: ()

Assinatura e carimbo do médico

Data

Observações:

1) O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.

2) Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.