



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
GERÊNCIA TÉCNICA



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA O TRATAMENTO
DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA
Sacubitril/Valsartana**

Eu _____, 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 de **Sacubitril/Valsartana**, preconizado para o tratamento da **Insuficiência
Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida**.

Estou ciente de que este medicamento somente poderá ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo
caso o tratamento seja interrompido. Comprometo-me a utilizar a medicação rigorosamente conforme a prescrição médica,
assumindo junto ao médico, a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes do tratamento.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico

(nome do médico).

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) a respeito das contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do
medicamento **sacubitril/valsartana**:

Eventos adversos: os mais comuns são hipotensão e tontura. Foi relatado angioedema em alguns pacientes. Devido
ao risco de perda de função renal e de angioedema, esse medicamento composto não deve ser utilizado concomitantemente
com IECA ou com ARA II.

Em pacientes com uso prévio de IECA deve-se iniciar o tratamento com sacubitril/valsartana pelo menos 36 horas
após a última dose de IECA, em especial para minimizar o risco de eventos adversos.

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.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento
desde que assegurado o anonimato.

Declaro ter compreendido e concordo com todos os termos deste Termo de Responsabilidade.

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

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

Observações:

a) O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para a solicitação e fornecimento do medicamento;

b) Este Termo ficará arquivado na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos.