

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Cloridrato de Metformina, Glibenclamida, Gliclazida, Insulina NPH, Insulina Regular, Dapagliflozina

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome do[a] paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **cloridrato de metformina, glibenclamida, gliclazida, insulina NPH, insulina regular e dapagliflozina**, indicados para o tratamento da **Diabete Melito Tipo 2**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo(a) médico(a) \_\_\_\_\_  
(nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

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

- prevenção das complicações da doença;
- controle da atividade da doença;
- melhora da capacidade de realizar atividades funcionais; e
- melhora da qualidade de vida.

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

- Efeitos adversos do cloridrato de metformina: gravidez; insuficiência renal com TFG <30ml/min/1,73m<sup>2</sup>, hepática descompensada, cardíaca ou pulmonar, e acidose grave; pré e pós operatório e em pacientes submetidos a exame de imagem com contraste.
- Efeitos adversos da glibenclamida e gliclazida: gravidez; insuficiência renal ou hepática.
- Efeitos adversos da insulina NPH e regular: não há contraindicações absolutas. Atentar para hipoglicemias. Reações alérgicas são raras, usualmente cutâneas e passíveis de manejo com dessensibilização ou troca de apresentação.
- Efeitos adversos da dapagliflozina: gravidez e período de lactação; não deve ser usado em pacientes com disfunção renal moderada a grave (com TFG estimada persistentemente inferior a 45 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>).

Ressalta-se que o risco de ocorrência de efeitos adversos aos medicamentos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistir de usar o(s) medicamento(s).

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

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

- ( ) Coridrato de Metformina
- ( ) Glibenclamida
- ( ) Gliclazida
- ( ) Insulina NPH
- ( ) Insulina regular
- ( ) Dapagliflozina

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: _____			