

# TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA TRATAMENTO DE HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA

## HIDROCORTISONA E FLUDROCORTISONA

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado (a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos **Hidrocortisona e Fludrocortisona** indicados para o tratamento da **Hiperplasia Adrenal Congênita**. Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_

Assim declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhorias:

- Prevenção da desidratação por perda de sal;
- Preservação da função gonadal e fertilidade e suspensão da virilização dos genitais externos;
- Controle do hiperandrogenismo sem afetar a velocidade de crescimento e estatura final;
- Para a forma perdedora de sal, a Fludrocortisona salva a vida.

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

- Contraindicado o uso em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco;
- O risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com o aumento da dose;

### **Hidrocortisona:**

- Uso durante a gravidez e amamentação é contraindicado, portanto, caso engravide, o médico deverá ser avisado imediatamente;
- Os efeitos adversos já relatados são os seguintes: inchaço nas pernas, aumento do peso, fraqueza muscular, aumento da produção de suor, dificuldades de cicatrização, dores de cabeça, tonturas, coceira na pele e sede mais intensa;
- Mulheres fazendo uso de hidrocortisona podem sofrer alterações do ciclo menstrual.

### **Fludrocortisona:**

- Não se sabe ao certo os riscos do uso deste medicamento na gravidez, portanto, caso engravide, o médico deverá ser avisado imediatamente;
- Pequenas quantidades do medicamento podem passar para o leite materno, portanto o uso durante a amamentação não é indicada;
- Os efeitos adversos já relatados são os seguintes: náuseas, vômitos, diarreia, dores de cabeça, nervosismo, desorientação, fraqueza, convulsões, ganho de peso, inchaço, alterações do paladar, aumento da pressão arterial, perda de potássio e insuficiência cardíaca congestiva.

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) caso o tratamento seja interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a) inclusive em caso de desistir da 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

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: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO:**

Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.