



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA O TRATAMENTO DE SÍNDROME DE TROMBOSE COM TROMBOCITOPENIA (STT) ASSOCIADO À VACINAÇÃO COM VACINAS DE VETOR DE ADENOVÍRUS NÃO REPLICANTE CONTRA A COVID-19.

Imunoglobulina Humana

Eu, _____ (nome do(a) usuário(a)), declaro ter sido claramente informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **Imunoglobulina Humana**, medicamento indicado para o tratamento de **Síndrome de Trombose com Trombocitopenia (STT) associado a vacinação com vacinas de vetor de adenovírus não replicante contra a COVID-19.**

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo(a) médico(a) _____ (nome do(a) médico(a) que prescreve).

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

- cessação dos sangramentos ativos;
- prevenção da ocorrência de sangramentos volumosos;
- neutralização dos anticorpos ativados;
- aumento da contagem total de plaquetas, através da inibição da agregação plaquetária.

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

- **Efeitos adversos da imunoglobulina humana:** dor de cabeça, calafrios, febre, reações no local de aplicação da injeção (dor, coceira e vermelhidão); problemas renais (aumento de creatinina e ureia no sangue, seguido de oligúria e anúria, insuficiência renal aguda, necrose tubular aguda, nefropatia tubular proximal, nefrose osmótica).
- **Contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco.**
- **Risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.**

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) somente pode(rão) 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.

Autorizo a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina e o Ministério da Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o meu anonimato.

Declaro ter compreendido e concordado 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.



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



Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional do SUS:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
Assinatura do paciente ou do responsável legal:		
Médico:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico		

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.

