



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA O TRATAMENTO DE
SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA EM ADULTOS (SIM-A) ASSOCIADA À
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 Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) - Associada à 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: redução do quadro inflamatório; redução e controle dos eventos
tromboembólicos; neutralização de anticorpos ativados.

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, principalmente se apresentar anticorpos anti-IgA.**

· **Risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.**

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.

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		



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



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.

