

ANEXO V-A

TERMO DE RESPONSABILIDADE/ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE

A ser preenchido pelo(a)médico(a)

Eu Dr(a):, registrado no Conselho de medicina do Estado sob o número sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente do sexo masculino feminino , com idade de anos completos, com diagnóstico de para quem estou indicando o medicamento à base de talidomida.

1. Informe *verbalmente* ao paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez, que não evita filhos e que não provoca aborto. Portanto somente pode ser utilizado por ele(a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informe *verbalmente* também que a talidomida pode causar problemas como sonolência, neuropatia periférica e pseudoabdômen agudo.
3. Informe *verbalmente* ao paciente que poderá ser responsabilizado (a) na justiça, caso repasse o medicamento a base de talidomida a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
4. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
5. Recomendei ao paciente do sexo masculino que utilize preservativo durante todo o tratamento com Talidomida e 30 (trinta dias) após o término e que informe a sua parceira e familiares o potencial risco da droga.
6. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
7. Certifique-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo d(a) médico (a): C.R.M.: Data: / /

A ser preenchido pelo (a) paciente:

Eu, Carteira de Identificação nº Órgão Expedidor: residente na rua: Cidade: Estado: e telefone:

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA

Assinatura:

CONCORDO que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém

Assinatura:

Nome e Assinatura do responsável caso o (a) paciente seja menor de 18 anos, *analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção*:

Eu,, R.G. órgão Expedidor:, responsável pelo (a) paciente, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: Data: / /