

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ACITRETINA E POMADA DE ÁCIDO SALICÍLICO.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso da acitretina e da pomada de ácido salicílico, indicadas para o tratamento das Ictioses Hereditárias.

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

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

- melhora da descamação e redução das escamas da pele;
- maior elasticidade cutânea; e
- maior tolerância ao calor com tendência a melhora da sudorese.

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

Acitretina:

- medicamento contraindicado na gestação ou para mulheres que planejam engravidar e em casos de alergia ao fármaco e à vitamina A e seus derivados;

- os efeitos adversos incluem dores musculares (mialgias), dores nas articulações (artralgias), dor de cabeça (cefaleia), tontura, náusea, vômitos, dor abdominal, constipação intestinal (prisão-de-ventre), diarreia, secura e inflamação das mucosas (estomatite, no caso da mucosa bucal; queilite, no caso dos lábios), pele seca (xerose), vermelhidão da pele (eritema), coceira (prurido), descamação cutânea, fragilidade cutânea, dermatite (inflamação da pele que gera vermelhidão e coceira), perda de cabelo e pelos (alopecia), alteração na textura do cabelo, sede não usual, irritação, secura nos olhos (xeroftalmia), cegueira noturna, alteração do paladar (disgeusia), sensibilidade aumentada à luz solar (fotofobia), unhas quebradiças, inflamação da pele em torno da unha (paroníquia), cansaço, sudorese (aumento do suor), edema periférico, crescimento excessivo de um osso (hiperostose), osteoporose, encurtamento de espaços entre as vértebras, calcificação de tendões e ligamentos, adelgaçamento de ossos longos, reabsorção óssea, fechamento precoce das epífises (extremos de um osso longo) e retardo no crescimento em crianças, sensação de dormência ou formigamento em parte ou partes do corpo (parestesias), elevação do colesterol e triglicérides (hiperlipidemia). Os efeitos mais raros incluem cheiro anormal da pele, alergias na pele, inflamação da garganta, *pseudotumor cerebri* (hipertensão intracraniana, mais comum quando associado a tetraciclinas), inflamação do pâncreas (pancreatite), alterações de provas de função hepática e inflamação do fígado (hepatite); e

- o risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Pomada de ácido salicílico:

- medicamento contraindicado para crianças com menos de 2 anos de idade e para indivíduos com hipersensibilidade a salicilatos;

- medicamento indicado para aplicação sobre feridas ou inflamações cutâneas;
- os efeitos adversos incluem irritação local, dermatite, ressecamento da pele, queimadura, ardor, prurido e salicilismo;
- o salicilismo é o envenenamento por salicilato, que pode também se dar pela absorção transcutânea do ácido salicílico, sendo geralmente observado após a aplicação excessiva da pomada, particularmente em crianças; e
- o envenenamento por salicilato pode causar vômitos, zumbido, confusão mental, hipertermia (febre), desequilíbrios eletrolíticos (alcalose respiratória e acidose metabólica) e insuficiência de múltiplos órgãos.

Estou ciente de que estes medicamentos somente podem ser utilizados por mim, comprometendo-me a devolvê-los caso não queira ou não possa utilizá-los ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido, inclusive em caso de eu desistir de usar os medicamentos.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Sim Não

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

Pomada de ácido salicílico

Acitetrina

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: _____			

NOTA: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica no SUS se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.