

### TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE METILFENIDATO

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do paciente), abaixo identificado e firmado, declaro ter sido informado claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento **Cloridrato de Metilfenidato**, preconizado para o tratamento de Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento Cloridrato de Metilfenidato pode trazer os seguintes benefícios no tratamento do TDAH:

- Diminuição dos sintomas de hiperatividade e desatenção, melhora no desempenho cognitivo e escolar, além de melhora do convívio social e familiar.

Cloridrato de Metilfenidato é classificado na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos).

**Efeitos adversos:** os efeitos adversos mais frequentes são dores de cabeça, redução do apetite e consequente perda de peso, insônia, dores abdominais, redução do crescimento, nervosismo, tremor, tontura, vômito, náusea, boca seca, tosse, distúrbio da atividade motora (discinesia), sonolência, taquicardia, palpitação, arritmias, alterações da pressão arterial e do ritmo cardíaco, artralgia, redução do peso, rash (erupção cutânea), prurido, urticária, febre, queda de cabelo e hiperidrose. Os efeitos adversos com ocorrência menos frequente são: dependência, aumento da irritabilidade, piora dos sintomas de hiperatividade, náusea, taquicardia e aumento da ansiedade.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado. Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

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

#### Observações:

- O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.
- Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.