



Eu _____ (nome do paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, benefícios, cuidados e riscos relacionados ao uso do medicamento **ISOTRETINOÍNA** para o tratamento de acne, principalmente sobre o risco de defeitos graves sobre o bebê.

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Declaro estar ciente de que o uso deste remédio está indicado nos casos graves de acne e em casos de acne que geram cicatrizes permanentes.

Estou ciente dos seguintes benefícios esperados com este tratamento: Redução no tamanho, gravidade e número das lesões, podendo ocorrer desaparecimento destas (em 80 a 90% dos casos). Possibilidade (cerca de 60%) de as lesões não mais retornarem após o término do tratamento.

Para mulheres em idade fértil:

Ao assinar o termo, a paciente se compromete definitivamente a adotar todas as medidas descritas no documento, incluindo cuidados a serem tomados antes, durante e após o término do tratamento.

1. Fui informada que esta medicação tem altíssimo risco de causar defeitos congênitos graves no bebê se for utilizado pela mãe durante a gravidez. Este risco persiste por até dois meses após ter parado de usá-la.
2. Realizei um teste de gravidez de alta sensibilidade a ser repetido mensalmente:
Data do teste: _____ Resultado: _____
3. Fui orientada a aguardar o início da próxima menstruação (1 mês após introdução do anticoncepcional) para começar a isotretinoína.
4. Fui orientada a utilizar método anticoncepcional altamente eficaz:
Método em uso: _____ Data de início: _____
5. Fui orientada a comunicar ao médico a ocorrência de qualquer reação adversa, problema ou dúvida quanto ao método anticoncepcional e caso venha a engravidar durante ou até 2 meses após término do tratamento, comprometo-me a parar **imediatamente** o tratamento e comunicar ao médico.

Declaro ter sido orientado(a) sobre os possíveis efeitos colaterais:

1. Congênitos: Altíssimo risco de defeitos congênitos graves sobre o bebê em caso de gravidez enquanto estiver usando o remédio e até 02 meses após seu uso;
2. Neurológicos: fadiga, cefaleia, hipertensão intracraniana, alterações visuais e depressão;
3. Dermatológicos: ressecamento de pele e mucosas e fotossensibilidade;
4. Gastrointestinais: náuseas, vômitos e dor abdominal, doença inflamatória intestinal, hepatite;
5. Musculoesqueléticos: artralgia, dor muscular e hiperosteose;
6. Oculares: conjuntivite, opacidade corneana, neurite óptica, fotofobia, intolerância a lentes de contato e diminuição da visão noturna;
7. Renais: proteinúria, leucocitúria e hematúria;
8. Hematológicos: anemia, leucopenia, trombocitopenia e trombocitose;
9. Endocrinológicos: hipertrigliceridemia, diminuição do colesterol HDL e hiperglicemia.

Declaro ter sido orientado(a) a:

1. Comparecer às consultas periódicas mensais conforme agendadas e a realizar os exames e avaliações solicitados pelo médico.
2. Não usar outros remédios sem orientação médica, principalmente: vitamina A, carbamazepina, tetraciclina e minociclina e erva de São João – Hypericum Perforatum.
3. Não doar sangue durante e até 01 mês após o término do tratamento.

Fui informado (a) de que este produto somente pode ser utilizado por mim e não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.

Estou ciente que posso suspender este tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique em qualquer forma de constrangimento entre meu médico e eu.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta entre meu médico e eu.



Nome: _____ Sexo: _____
Estado civil _____ Identidade _____ Data de nascimento: __/__/____ Profissão: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

Responsável legal (quando for o caso):

Nome: _____ Sexo: _____
Estado civil _____ Identidade _____ Data de nascimento: __/__/____ Profissão: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____
Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

RG N°

RG N°

NOME

NOME

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.