



Termo - AST Consentimento Informado - Toxina Botulínica Tipo A



Eu _____ (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento toxina botulínica tipo A indicados para o tratamento da espasticidade focal disfuncional.

Comprometo-me a seguir todas as prescrições e cuidados indicados, oralmente ou por escrito, pois se não o fizer poderei por em perigo a minha vida, saúde ou bem-estar; ou, ainda, ocasionar seqüelas temporárias ou permanentes.

Assim declaro que:

Fui claramente informado de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- Melhora da atividade funcional (locomoção, transferências, atividades da vida diária);
- Prevenção de contraturas;
- Diminuição da dor;
- Maior facilidade no uso de órtese e da realização dos cuidados de higiene do paciente;
- Redução do uso de medicamento antiespástico;
- Diminuição da frequência e severidade dos espasmos;
- Redução do número de procedimentos de reabilitação.

Fui também claramente informado a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- Medicamento classificado na gestação como categoria C (estudos 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);
- Os efeitos colaterais já relatados são: tontura, fraqueza, cansaço, mal-estar, dificuldade para engolir, náuseas, boca seca, secura e irritação nos olhos, visão dupla e turva, lacrimejamentos, sensibilidade a luz, reações alérgicas na pele, alterações da sudorese.
- Pode ocorrer dor no local de aplicação da injeção;
- A toxina botulínica vem sendo comercializada por três laboratórios com diferentes nomes comerciais e com diferentes doses preconizadas. Se forem dispensados diferentes nomes comerciais as doses podem ser ajustadas.

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, finalmente, 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.

O meu tratamento constará do seguinte medicamento: toxina botulínica tipo A, marca comercial BOTOX® do laboratório Allergan.

Termo	Assessoria Técnica	Código: FR-AST-001	Revisão/Ano: 02/16	Página/Total: 1/2
-------	--------------------	--------------------	--------------------	-------------------



Termo - AST
Consentimento Informado - Toxina
Botulínica Tipo A



Ass. do paciente ou responsável legal

Ass. do médico aplicador

ATENÇÃO:

1. As informações prestadas neste termo não esgotam todas as possibilidades de riscos e complicações que possam advir da aplicação do medicamento em questão, apenas são enumeradas algumas.
2. A intenção do seu médico assistente não é assustá-lo (a) nem deixá-lo (a) desconfortável, mas informá-lo (a) dos riscos ainda que ocorram excepcionalmente.
3. Você poderá sempre solicitar informações e discutir com o seu médico assistente todas as suas dúvidas.
4. Nenhum ato será praticado sem que você concorde.
5. Portanto, procure entender todas as informações que está recebendo e pergunte o que quiser antes de assinar este documento.

Caxias do Sul, de de

Assinatura do paciente

Assinatura da testemunha

Assinatura do responsável (se houver)