

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Eu _____ (nome do (a) paciente), abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento Cloridrato de Metilfenidato preconizado para o tratamento de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

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

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

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.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações:

- Problema exclusivo de aprendizado, crianças com menos de sete anos de idade; estados de ansiedade e tensão que não seja explicado pela mesma causa; agitação que não seja explicado pela mesma causa; discinesias, tiques motores, síndrome de Gilles de la Tourette; glaucoma; hipertireoidismo; arritmias cardíacas; angina Pectoris; hipersensibilidade a droga e seus componentes; psicoses; hipertensão severa.
- 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);

Para o cloridrato de metilfenidato as reações mais frequentes são taquicardia, palpitações, angina pectoris, arritmia cardíaca, acidente vascular cerebral, oclusão vascular cerebral, diminuição do pulso, sopro cardíaco, hipertensão, hipotensão, aumento de pulso, infarto do miocárdio, fenômeno de Raynaud, vasculite, cefaleia, insônia, labilidade emocional, ansiedade, tonturas, nervosismo, agitação, comportamento agressivo, agitação, depressão, vertigens, tiques vocais, confusão, parestesia, a tensão, arterite cerebral, hemorragia cerebral, sonolência, fadiga, Gilles de la síndrome de Tourette, hipertonía, irritabilidade, letargia, síndrome neuroléptico maligno raro (raro), explosões de raiva, psicose tóxica, hiperidrose, escoriação, erupção cutânea, alopecia, eritema multiforme, urticária, perda de peso, diminuição da libido, a supressão do crescimento, diminuição do apetite, xerostomia, náusea, anorexia, dor abdominal, vômito, bruxismo, dispepsia, enjoo de movimento, diarreia, dismenorréia, disfunção erétil, anemia, leucopenia, pancitopenia, trombocitopenia, testes anormais da função hepática, coma hepático, aumento da bilirrubina, aumento de transaminases séricas, tremor, artralgia, discinesia, visão borrada, dor ocular, síndrome do olho seco, midríase, infecção do trato respiratório superior, dispnéia, aumento da tosse, faringite, rinite, sinusite.

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.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato. 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 do responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
 _____ Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		