

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**BECLOMETASONA, BUDESONIDA, FENOTEROL, FORMOTEROL,**  
**SALBUTAMOL, SALMETEROL, METILPREDNISOLONA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente),  
 declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos  
 relacionados ao uso de **beclometasona, budesonida, fenoterol, formoterol, salbutamol, salmeterol e**  
**metilprednisolona**, indicados para o tratamento da **doença pulmonar obstrutiva crônica**.

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

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

- diminuição das internações hospitalares;
- diminuição das faltas ao trabalho em virtude da doença;
- melhora da condição de saúde;
- melhora da qualidade de vida.

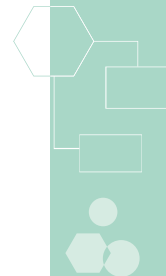
Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos  
 adversos e riscos:

- os riscos na gravidez e na amamentação ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide,  
 devo avisar imediatamente o médico;
- **efeitos adversos da beclometasona e budesonida:** problemas na fala (reversíveis com a suspensão  
 do tratamento), infecções na boca (candidíase), boca seca, alteração do paladar, irritação na garganta,  
 tosse, infecções urinárias, inchaço, cansaço, reações alérgicas de pele, palpitação, taquicardia, dor  
 abdominal, vertigem, tontura, ganho de peso; efeitos adversos mais raros: náuseas, vômitos, coceira,  
 problemas na visão, agitação, depressão, insônia, faringite, sinusite, alteração do ciclo menstrual,  
 diarreia ou constipação, febre, dores de cabeça, infecções virais, redução da velocidade do crescimento  
 em crianças, aumento dos níveis de glicose no sangue, reações de hipersensibilidade, sangramento  
 anal e osteoporose (em caso de tratamento longo);
- **efeitos adversos do fenoterol, formoterol, salbutamol e salmeterol:** ansiedade, agitação, insônia,  
 náuseas, vômitos, dores abdominais, prisão de ventre, tonturas, dores de cabeça, diminuição dos níveis  
 de potássio no sangue, tremores, palpitações, tosse, respiração curta, alteração do paladar, secura da  
 boca, dor muscular, reações alérgicas de pele, problemas no coração, aumento ou diminuição intensa  
 da pressão arterial, inchaço dos pés e das mãos, cansaço, infecções do trato respiratório, falta de ar,  
 insônia, depressão, dor de dente, alteração do ciclo menstrual e problemas de visão;
- **efeitos adversos da metilprednisolona:** retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas  
 no coração, fraqueza nos músculos, osteoporose, problemas de estômago (úlceras), inflamação do  
 pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na  
 menstruação e manifestação de diabetes melito;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante  
 de outros medicamentos.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-  
 lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser  
 atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

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

( ) Sim ( ) Não



Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

- ( ) beclometasona
- ( ) budesonida
- ( ) fenoterol
- ( ) formoterol
- ( ) salbutamol
- ( ) salmeterol
- ( ) metilprednisolona

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: _____			

**Observação:** Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

