ITAIGARA® MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
FERINJECT - CARBOXIMALTOSE FÉRRICA (50MG/ML)

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), (a) por mim escolhido, Dr.(a) _____, sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de FERINJECT - CARBOXIMALTOSE FÉRRICA (50mg/ml), indicado para o tratamento da deficiência de ferro quando as apresentações orais de ferro não são eficazes ou não podem ser utilizadas.

PROCEDIMENTO/SEUS BENEFÍCIOS: Recebi as informações necessárias quanto aos benefícios e as probabilidades de êxito deste procedimento; declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento pode trazer as seguintes melhoras: melhora da deficiência de ferro, melhora da anemia, melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida.

RISCOS: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Estou ciente de que durante a aplicação do Ferinject - Carboximaltose férrica (50mg/ml) podem ocorrer efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento: não deve ser usado por pacientes com alergia conhecida ao ferro ou aos complexos de ferro; com qualquer tipo de anemia não causada por deficiência de ferro (não-ferropênica) e nas situações de sobrecarga de ferro (ferro em excesso no organismo). Efeitos adversos mais comuns: dor de cabeça, tontura, hipertensão (pressão alta), náusea, reação no local da aplicação, hipofosfatemia (nível baixo de fosfato no sangue) e rubor (vermelhidão); efeitos adversos incomuns: hipersensibilidade, parestesia (formigamento), disgeusia (alteração do paladar), taquicardia (batimento rápido do coração), hipotensão (pressão baixa), dispneia (falta de ar), vômitos, dispepsia (mal estar do estômago), dor abdominal, constipação, diarreia, eritema (vermelhidão), prurido (coceira), urticária, erupção cutânea, mialgia (dor nos músculos), dor nas articulações, espasmos (tremores) musculares, febre, fadiga, dor torácica, edema (inchaço) periférico, alteração de enzimas hepáticas; efeito adverso raro: alergia grave. No caso de complicações graves, pode ser necessário internação em hospital geral.

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
FERINJECT - CARBOXIMALTOSE FÉRRICA (50MG/ML)

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

( ) Paciente

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

( ) Responsável

Nome: _____

Identidade nº:_____ Grau de Parentesco:_____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____