

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ESTATINAS: ATORVASTATINA, FLUVASTATINA, LOVASTATINA, PRAVASTATINA E  
SINVASTATINA; FIBRATOS: BEZAFIBRATO,  
CIPROFIBRATO, ETOFIBRATO, FENOFIBRATO E GENFIBROZILA;  
E ÁCIDO NICOTÍNICO.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **estatinas, fibratos e ácido nicotínico**, indicados para o tratamento da **dislipidemia**.

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

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- estatinas: prevenção de eventos cardiovasculares maiores, incluindo morte, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e revascularização, entre outros;
- fibratos: prevenção de pancreatite aguda;
- ácido nicotínico: prevenção de eventos cardiovasculares maiores.

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

- as estatinas não devem ser utilizadas durante a gestação; em doses usuais são bem toleradas, com baixa incidência de efeitos adversos;
- os efeitos adversos mais frequentes das estatinas são prisão de ventre, diarreia, gases, dor de estômago, tontura, dor de cabeça, náusea, alergias de pele; efeitos menos frequentes (necessitam, porém, de atenção médica imediata, podendo ser fatais) são dores musculares, câibras, febre, cansaço, fraqueza, que caracterizam a mialgia ou rabdomiólise; e efeitos mais raros são impotência, insônia;
- não se sabe ao certo os riscos do uso de fibratos na gravidez; portanto, caso engravide, comunicarei o médico imediatamente;
- os fibratos podem induzir o aparecimento de cálculos biliares, estando contraindicados para pacientes com esta doença;
- os efeitos adversos dos fibratos são desordens no sangue (anemia, leucopenia, trombocitopenia), angina, arritmias cardíacas, pancreatite, cálculos biliares, problemas no fígado e nos rins, sintomas gripais, piora de úlcera, coceiras e alergia de pele;
- não há relatos de efeitos do uso de ácido nicotínico na gravidez;
- os efeitos adversos do ácido nicotínico (com doses mais altas) são arritmias cardíacas, diarreia, tonturas, secura dos olhos e de pele, aumento de glicose no sangue, náusea, vômitos, dor de estômago, coceiras; e são efeitos de menor incidência dor de cabeça, calorões no rosto e no pescoço;

- o risco de rabdomiólise aumenta com o uso concomitante dos medicamentos.

Estou ciente de que o uso destes medicamentos não substitui outras medidas para diminuição dos níveis de colesterol e triglicérides, tais como dieta adequada, controle do peso corporal e prática de atividade física.

Estou também ciente de que o 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 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 do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- |                   |                  |                      |
|-------------------|------------------|----------------------|
| ( ) atorvastatina | ( ) bezafibrato  |                      |
| ( ) fluvastatina  | ( ) ciprofibrato |                      |
| ( ) lovastatina   | ( ) etofibrato   | ( ) ácido nicotínico |
| ( ) sinvastatina  | ( ) fenofibrato  |                      |
| ( ) pravastatina  | ( ) genfibrozila |                      |

|   |      |       |  |
|---|------|-------|--|
| Local:  |      | Data: |  |
| Nome do paciente:                                       |      |       |  |
| Cartão Nacional de Saúde:                               |      |       |  |
| Nome do responsável legal:                              |      |       |  |
| Documento de identificação do responsável legal:        |      |       |  |
| _____<br>Assinatura do paciente ou do responsável legal |      |       |  |
| Médico responsável:                                     | CRM: | UF:   |  |
| _____<br>Assinatura e carimbo do médico<br>Data: _____  |      |       |  |

**NOTA:** Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.