

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A UTILIZAÇÃO DE CICLOFOSFAMIDA OU MICOFENOLATO DE MOFETILA

Eu, _____,
RG: _____, com _____ anos de idade, autorizo a utilização de
CICLOFOSFAMIDA ou MICOFENOLATO DE MOFETILA como parte do meu tratamento.

Estou ciente e de acordo com a utilização destas medicações, que me foi detalhadamente explicada, com as possíveis complicações e efeitos colaterais que podem ocorrer durante e/ou após o seu uso.

Estou ciente que com o uso das medicações algumas complicações ou efeitos colaterais podem ocorrer: podem causar anormalidades fetais (devem ser evitadas na gestação e amamentação), diarreia, diminuição das células brancas do sangue, infecção generalizada e vômitos, dor no peito, palpitações, pressão baixa, trombose, insuficiência cardíaca, hipertensão pulmonar, morte súbita, desmaio, ansiedade, depressão, rigidez muscular, formigamentos, sonolência, neuropatia, convulsões, alucinações, vertigens, tremores, insônia, tonturas, queda de cabelo, aumento da quantidade de pelos no corpo, coceiras, ulcerações na pele, espinhas, vermelhidão da pele, prisão de ventre, náuseas, azia e dor de estômago, perda de apetite, gases, gastrite, gengivite, problemas na gengiva, hepatite, sangue na urina, aumento da frequência ou retenção urinária, insuficiência renal, desconforto para urinar, impotência sexual, anemia, diminuição das plaquetas do sangue, diabetes melito, hipotireoidismo, inchaço, alteração de eletrólitos (hipofosfatemia, hipocalcemia, hipercalcemia, hipocloremia), hiperglicemia, hipercolesterolemia, alteração de enzimas hepáticas, febre, dor de cabeça, fraqueza, dor nas costas e no abdômen, pressão alta, falta de ar e tosse.

Estou ciente que não existe garantia do resultado nem cura de minha doença com este tratamento.

Certifico que fui esclarecido de que qualquer parte deste consentimento que por acaso não tenha entendido poderia ser explicado para mim em maiores detalhes, bastando eu perguntar ao médico ou equipe médica.

Declaro que este formulário foi explicado para mim e que entendi e concordei com seu conteúdo, autorizando deste modo o uso da ciclofosfamida ou micofenolato de mofetila no meu tratamento.

Assinatura, nome completo e RG do paciente ou responsável legal:

Data: ____/____/____