

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**ADALIMUMABE, CLINDAMICINA, RIFAMPICINA E TETRACICLINA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do paciente) declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **fosfato de clindamicina, cloridrato de tetraciclina, doxiciclina, cloridrato de clindamicina, rifampicina e adalimumabe**, indicados para o tratamento da **hidradenite supurativa**.

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

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

- melhora dos sintomas da doença;
- melhora da qualidade de vida.

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

- **Fosfato de clindamicina 1%:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; pacientes com antecedentes de enterite regional, colite ulcerativa ou colite induzida ou associada a antibióticos (incluindo colite pseudomembranosa). Não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou durante a amamentação;

- **Cloridrato de tetraciclina e Cloridrato de clindamicina:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes, na gestação e amamentação;

- **Rifampicina:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes. Não deve ser administrada simultaneamente com a combinação de saquinavir/ritonavir;

- **Adalimumabe:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; infecções graves devido a bactérias, micobactérias, infecções fúngicas invasivas (histoplasmose disseminada ou extrapulmonar, aspergilose, coccidioidomicose), virais, parasitárias ou outras infecções oportunistas<sup>4,36</sup>; tuberculose ativa e latente<sup>4</sup>; insuficiência cardíaca *New York Heart Association* (NYHA) III e IV<sup>4,36</sup>; vacinação com vírus vivo<sup>36</sup>.

Estou 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 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 do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- ( ) Fosfato de clindamicina 1%                      ( ) Rifampicina
- ( ) Cloridrato de tetraciclina                      ( ) Adalimumabe
- ( ) Cloridrato de Clindamicina

|   |       |
|---|-------|
| Local:  | Data: |
| Nome do paciente:   |       |
| CNS:  |       |
| Nome do Responsável legal:  |       |
| Documento de identificação do responsável legal:                    |       |
| _____<br>Assinatura do paciente ou responsável legal                |       |
| Médico:   | CRM:  |
| _____<br>Assinatura e carimbo do médico<br>Data: ____ / ____ / ____ |       |