

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
CLOPIDOGREL**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do Clopidogrel para tratamento de **Síndromes coronarianas agudas**.

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

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

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

- efeitos adversos do **clopidogrel**: Os eventos adversos de importância clínica mais frequentes são: hemorragia gastrointestinal (2%), hemorragia intracraniana (0,4%), dor abdominal, dispepsia ou constipação (27%), úlcera péptica (0,7%), diarreia (4,5%), alterações da pele (15,8%), neutropenia severa (0,04%). Outros eventos adversos foram relatados, sem confirmação da relação causal com o tratamento, tais como: dor torácica, edema, cefaléia, tontura, artralgia, púrpura, epistaxe, depressão, dispnéia, prurido, palpitações, astenia, câimbras, insônia, conjuntivite, etc.

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

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

Local:	Data:
Nome do paciente:	
CNS:	
Nome do Responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
_____ Assinatura do paciente ou responsável legal	
Médico:	CRM:
_____ Assinatura e carimbo do médico	
_____/_____/_____ Data	