

Termo de Consentimento Informado - Terapia Imunobiológica

PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL ASSISTENTE

Nome do Paciente: _____
 Data de Nascimento: / / _____ Peso (Kg): _____ Altura (m): _____
 Sexo: Masculino Feminino
 CID: _____

DIAGNÓSTICO - PREENCHER ÍNDICE(S) CORRESPONDENTE(S)

Artrite Psoriásica
 Comprometimento periférico? Se sim, MDA: EVA _____ e HAQ: _____ e PAS: _____ ou DAS 28: _____
 Comprometimento axial ou entesite? Se sim, BASDAI ou ASDAS: _____
 Artrite Reumatóide DAS 28 ou CDAI ou SDAI: _____
 Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) _____
 Asma Alérgica Grave Dosagem de IgE sérica total, antes do início do tratamento: _____
 Asma Eosinofílica Grave Contagem de eosinófilos: _____
 Colite/Retrocolite Ulcerativa Escore completo de Mayo ou Escore endoscópico de Mayo _____
 Urticária Crônica Espontânea UAS-7 (Escore de atividade da urticária em 7 dias): _____
 Psoríase PASI (Psoriasis Area Severity Index) ou DLQI: _____
 Uveíte não Infecciosa Ativa _____
 Hidradenite Supurativa _____
 Doença De Crohn IADC ou IHB: _____
 Esclerose Múltipla *Obrigatório anexar laudo de Hemograma e Ressonância Magnética.
 EDSS (Expanded Disability Status Scale): _____
 Espondilite Anquilosante *Obrigatório anexar exame de imagem.
 BASDAI ou ASDAS: _____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tempo de Evolução da Doença: anos meses _____
 Resultado de PPD ou IGRA ou Quantiferon: _____ Data: / / _____
 Raio-x de Torax: _____ Data: / / _____

AValiação FARMACOTERAPêutica (HISTÓRICO DE USO ANTERIOR E MEDICAMENTOS)

MEDICAMENTO	DOSE UTILIZADA	DATA DE INÍCIO	DATA FIM	RAZÃO DA SUSPENSÃO

MEDICAMENTO SOLICITADO

Código e Descrição: _____ Dose: _____
 Esquema Terapêutico: _____

JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO OU MUDANÇA E EVENTOS ADVERSOS

DATA: / / _____

Assinatura e carimbo do profissional solicitante

Termo de Consentimento Informado - Terapia Imunobiológica

Eu _____, abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) _____ indicado(s) para o tratamento de _____.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico(a) abaixo.

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

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber, pode(m) trazer os seguintes benefícios: diminuição e controle da atividade da doença base, redução e prevenção de lesões ou sequelas da mesma, maximização e melhora da funcionalidade dos órgãos ou estruturas comprometidos.

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

Medicamentos classificados na gestação como categoria B (estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê é muito improvável).

Agentes Imunobiológicos: esta classe de medicamentos pode ocasionar reações no local da aplicação como dor e coceiras, dor de cabeça, tosse, náuseas, vômitos, febre, cansaço, alteração na pressão arterial até reações mais graves que incluem infecções oportunistas fúngicas e bacterianas como tuberculose, histoplasmose, aspergilose e nocardiose, podendo, em casos raros, ser fatal.

Medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos. O risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste consentimento informado. Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico. O meu tratamento constará um do(s) seguinte(s) medicamento(s): Abatacepte (Orência), Infliximabe (Remicade - Remsima), Tociizumabe (Actemra), Rituximabe (MabThera), Golimumabe (Simponi), Etanercept (Enbrel), Adalimumabe (Humira), Certolizumabe Pegol (Cimzia), Ustequinumabe (Stelara), Vedolizumabe (Entyvio), Secuquinumabe (Cosentyx), Ixequizumabe (Taltz), Natalizumabe (Tysabri) ou outro _____.

Nome do Paciente:	Código Unimed:	

Endereço:	_____	

CPF:	_____	

Médico responsável:	CRM:	UF:

Endereço:	Telefone:	

DATA: ____/____/____

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Assinatura e carimbo do profissional solicitante