

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PRESCRITOR PARA USO DE MEDICAMENTO CONTENDO AS SUBSTÂNCIAS ANFEPRAMONA, FEMPROPOREX, MAZINDOL

Eu, Dr. José Aguiar de Oliveira, registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado de MG sob o número 14975, sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente

_____ , do sexo _____ , com idade de _____ anos completos, com diagnóstico de _____ , para quem estou indicando o medicamento à base de _____ .

Informe ao paciente que:

1. Que existem dados técnicos e científicos que demonstrem a eficácia e a segurança do uso desse medicamento no controle da obesidade.
2. O uso desse medicamento no Brasil é monitorado pela Anvisa conforme estabelecido pela RDC/ANVISA Nº 50/2014.
3. O paciente deve informar ao médico prescritor toda e qualquer intercorrência clínica durante o uso do medicamento.
4. É responsabilidade do médico prescritor notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTIVISA, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento.
5. Para viabilizar e facilitar o contato, disponibilizo ao paciente o seguinte telefone de contato: (31) 3481-0193

_____ CRMMG: 14975 Data: ____/____/20____
Assinatura e carimbo do médico

A ser preenchido pelo(a) paciente:

Eu, _____, Carteira de Ident. Nº: _____,
Órgão Expedidor _____, residente na rua _____,
Cidade _____, Estado _____, telefone _____,
recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

A ser preenchido pela Farmácia no caso de o medicamento ter sido prescrito com indicação

de ser manipulado: Eu, Dr.(a) _____,
registrado(a) no Conselho Regional de Farmácia do Est. de MG sob o número _____,
sendo o(a) responsável técnico da Farmácia _____,
situada no endereço _____,
sou responsável pelo aviamento e dispensação do medicamento contendo Anfepriamo/ Femproporex/Mazindol para o paciente _____.

Informe ao paciente que:

1. Deve informar à farmácia responsável pela manipulação do medicamento relatos de eventos adversos durante o uso do medicamento; e
2. É responsabilidade do responsável técnico da Farmácia notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTIVISA, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento.
3. Para viabilizar e facilitar o contato, disponibilizo ao paciente os seguintes telefones, e-mail, fax, ou outro sistema de contato: _____

_____ CRF: _____ Data: ____/____/20____
Assinatura e carimbo do(a) farmacêutico(a)

Assinatura do paciente: _____ Data: ____/____/20____