



TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA O USUÁRIO DA TALIDOMIDA

Caberá ao médico ler e explicar este Termo de Esclarecimento ao paciente que for fazer uso da Talidomida, preenchendo e assinando o campo que lhe for destinado ao final da folha.

O paciente deverá ler com atenção este documento, levando uma das vias, com assinatura do médico, juntamente com a receita e/ou medicamento.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

**VOCÊ SABIA QUE A TALIDOMIDA, ALÉM DE CAUSAR PROBLEMAS COM SONOLÊNCIA, NEUROPATIA PERIFÉRICA E PSEUDO ABDOMEN AGUDO:
É PROIBIDO PARA MULHERES EM IDADE DE TER FILHOS (DA PRIMEIRA A ÚLTIMA MENSTRUACÃO);
PODE CAUSAR O NASCIMENTO DE CRIANÇAS SEM PERNAS QUANDO TOMADA POR MULHER GRÁVIDA;
NÃO PROVOCA ABORTO;
NÃO EVITA FILHOS. É SÓ SUA, NÃO DEIXE NINGUÉM TOMÁ-LA EM SEU LUGAR.**

PORTANTO:

- 1- A Senhora poderá ser **RESPONSABILIZADA NA JUSTIÇA**, caso repasse a TALIDOMIDA a outra pessoa ou deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar;
- 2- É **DEVER DO MÉDICO** que lhe receitou a TALIDOMIDA explicar todos os efeitos desse medicamento;
- 3- É SEU DIREITO:
 - a) Conhecer como uma criança pode nascer se a mãe tomar TALIDOMIDA na gravidez, para isso é necessário que o médico lhe mostra folhetos sobre o assunto, com textos e fotos;
 - b) Saber que certos medicamentos anulam os efeitos da pílula e que não existe método anticoncepcional totalmente seguro para evitar o nascimento de filhos;
 - c) Recusar o uso da TALIDOMIDA.

NOME COMPLETO:

ENDEREÇO COMPLETO:

IDENTIDADE:

ASSINATURA: _____

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

NOME COMPLETO DO MÉDICO:

No INSCRIÇÃO NO CRM:

ASSINATURA: _____