#### Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente ou seu responsável legal), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de toxina botulínica tipo A, indicado para o tratamento de espasticidade, distonias focais e espasmo hemifacial.

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

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento prescrito pode trazer as seguintes melhoras:

* Melhora da atividade funcional (locomoção, atividades diárias);
* Prevenção de contratura e deformidades nas articulações (juntas); diminuição da dor;
* Facilitação no uso de órteses e realização dos cuidados de higiene;
* Diminuição da frequência e severidade dos espasmos e distonias;
* Redução do uso de medicamentos antiespásticos;
* Redução do número de procedimentos de reabilitação.

Fui claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:

* + Os riscos na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico (se paciente do sexo feminino e em idade fértil);
	+ O principal efeito desagradável é dor no local de aplicação da injeção;
	+ Os efeitos adversos são pouco frequentes (estimativa de que a cada 100 pacientes que recebem o medicamento apenas três terão algum tipo de reação). Já foram relatados: fraqueza, náuseas, coceira, dor de cabeça, alergias na pele, mal-estar geral, febre, dor no corpo.

Fui também informado(a) de que este medicamento não tem por objetivo a cura da doença que originou a espasticidade ou distonia. Conforme a marca comercial utilizada, a dose da toxina botulínica pode ser ajustada e devo procurar orientação do médico em caso de dúvida.

Autorizo a Unimed Londrina a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

|  |
| --- |
| Paciente:  |
| Documento de Identidade: | Sexo: | Idade: |
| Endereço: |
| Cidade: | CEP: | Telefone: ( ) |
| Responsável Legal (quando for o caso): |
| Documento de Identidade do responsável legal: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do paciente ou do responsável legal |

|  |  |
| --- | --- |
| Médico responsável:  | CRM: |
| Endereço: |
| Cidade: | CEP: | Telefone: ( ) |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local Data | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura e carimbo do médico |

Observações:

* O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para autorização do tratamento.