#### 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.