

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Preencher quando não houver etiqueta		
		Paciente:		
	USO DE PALIVIZUMABE	Data de Nascimento:		
		Prontuário:		

Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios
--

Eu, _____,

responsável pelo paciente _____,

acima identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento **Palivizumabe** para a prevenção da infecção causada pelo **Vírus Sincicial Respiratório (VSR)**.

O QUE É O PALIVIZUMABE? É um anticorpo monoclonal (uma espécie de remédio para proteger de infecção de um vírus chamado Vírus Sincicial Respiratório (VSR), que é o causador da maioria das infecções respiratórias mais sérias dos bebês no primeiro ano de vida.

POR QUE É IMPORTANTE A PROFILAXIA COM PALIVIZUMABE (QUAIS OS BENEFÍCIOS)? O risco de desenvolvimento de doença grave pelo VSR é mais comum em crianças prematuras, com doença pulmonar crônica (doenças do pulmão) da prematuridade e cardiopatias (doenças do coração). Esse grupo de crianças torna-se mais suscetível à infecção pelo vírus por apresentar um pulmão mais comprometido, sistema de defesa menos desenvolvido e mais frágil, estando mais propenso a infecções mais graves e a maioria das internações nestes bebês.

QUAIS OS RISCOS DE SE APLICAR O PALIVIZUMABE? As reações adversas mais comuns do palivizumabe são: um pequeno resfriado que pode evoluir para otite ou faringite, além de dor no local da injeção e bolinhas pelo corpo. **Muito raramente** pode acontecer reação mais grave, incluindo a anafilaxia. Todas estas reações podem ser amenizadas com cuidados médicos e uso de medicamentos.

DEVE SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL DO PACIENTE

Assim, declaro que fui claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos.

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

Declaro finalmente ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Autorizo portanto a administração da medicação e o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e do médico assistente de meu/ minha filho(a).

Aracaju, ____/____/20____.

Assinatura do responsável

DEVE SER ASSINADO PELO MÉDICO QUE INDICOU O PALIVIZUMABE

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva sobre o uso do Palivizumabe, e ao meu ver não há dúvidas por parte dos responsáveis pelo paciente.

Aracaju, ____/____/20____.

Assinatura e carimbo do médico responsável pela indicação do uso