

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA O TRATAMENTO
DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA
Sacubitril/Valsartana**

Eu _____
(nome do paciente) declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso de **Sacubitril/Valsartana**, preconizado para o tratamento da **Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico prescritor).

Assim, declaro que:

- Fui claramente informado(a) a respeito das contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento **sacubitril/valsartana**.

Potenciais eventos adversos do **sacubitril/valsartana**: os mais comuns são hipotensão e tontura, foi relatado angioedema em alguns pacientes. Devido ao risco de perda de função renal e de angioedema, esse medicamento composto não deve ser utilizado concomitantemente com IECA ou com ARA II. Em pacientes com uso prévio de IECA deve-se iniciar o tratamento com sacubitril/valsartana pelo menos 36 horas após a última dose de IECA, em especial para minimizar o risco de eventos adversos.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

Declaro ter compreendido e concordo com todos os termos deste Termo de Responsabilidade. Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Local:	Data:
Nome do paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal	
Médico Responsável:	
CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____	