

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>Preencher quando não houver etiqueta</b>	
		Paciente:	
	<b>USO DE PALIVIZUMABE</b>	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