

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
PANCREATINA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente),  
declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais  
efeitos adversos relacionados ao uso da pancreatina, indicados para o tratamento da insuficiência  
pancreática exócrina.

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

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer  
os seguintes benefícios:

- melhora do cheiro e da quantidade de gordura nas fezes (esteatorreia);
- manutenção de um bom estado nutricional.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos  
adversos e riscos:

- não se sabe ao certo os riscos do uso deste medicamento na gravidez; portanto, caso engravide, não  
devo interromper o tratamento e devo avisar imediatamente o médico;
- contraindicação em casos de hipersensibilidade conhecida ao medicamento ou à proteína de suínos;
- as cápsulas devem ser tomadas com bastante líquido e não podem ser amassadas ou mastigadas; além  
disso, não devem permanecer na boca porque podem provocar irritação da mucosa e estomatite;
- a cápsula não deve ser rompida, pois o contato do pó com a pele pode causar irritação, e a inalação  
pode causar falta de ar;
- as reações adversas mais comuns, mas com baixa ocorrência, incluem náusea, diarreia, prisão de  
ventre e reações alérgicas na pele;
- doses extremamente altas têm sido associadas com aumento do ácido úrico na urina (hiperuricosúria)  
e no sangue (hiperuricemia).

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. Sei também que  
continuarei a ser assistido(a), inclusive se desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu  
tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

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: _____		