PREFEITURA PORTO ALEGRE

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção Primária
Coordenação de Assistência Farmacêutica

SUS

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE ACERCA DOS RISCOS DA INTERRUPÇÃO DO USO DO ANTICONCEPCIONAL

Conforme Protocolo da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, se há interrupção do tratamento com anticoncepcional, observada pela ausência de retiradas regulares do medicamento na rede de atenção básica do município, para que seja retornado o tratamento é necessário observar se esta paciente não está grávida. É recomendado que um teste de gravidez seja realizado antes de reiniciar o tratamento, visto que, conforme literatura e bulas dos medicamentos contraceptivos disponíveis no município de Porto Alegre, estes medicamentos não devem ser usados quando há suspeita de gravidez ou durante a gestação, e podem causar malformação ao bebê durante a gravidez.

Informamos que o município disponibiliza teste de gravidez para que o tratamento possa ser reiniciado de forma segura.

Retirada realizada pela própria paciente:

Diante do exposto, eu, paciente/usuária _____, portadora do CPF _____, declaro ter sido informado(a) claramente pelo farmacêutico(a) acerca do risco de gravidez em virtude de eventual interrupção do uso do anticoncepcional. Entendo que o eventual uso inadequado e suas consequências são de minha responsabilidade. As informações prestadas estão de acordo com as bulas dos contraceptivos disponibilizados na rede, onde constam que estes medicamentos não devem ser utilizados por mulheres gestantes ou com suspeita de gravidez.

Retirada realizada por terceiros:

Diante do exposto, eu, _____, portador(a) do CPF _____, nesta data representando a paciente/usuária _____, portadora do CPF _____, declaro ter sido informado(a) claramente pelo farmacêutico(a) acerca do risco de gravidez em virtude de eventual interrupção do uso do anticoncepcional. Entendo que o eventual uso inadequado e suas consequências são de minha corresponsabilidade, me comprometendo a repassar as informações a mim prestadas pelo farmacêutico à paciente. As informações prestadas estão de acordo com as bulas dos contraceptivos disponibilizados na rede, onde constam que estes medicamentos não devem ser utilizados por mulheres gestantes ou com suspeita de gravidez.

Local:	Data:
_____ Assinatura da paciente ou Responsável pela retirada	_____ Farmacêutico(a)