



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
SACUBITRIL + VALSARTANA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente), abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **SACUBITRIL + VALSARTANA**, indicadas 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 que prescreve).

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

- melhora dos sintomas e redução das complicações;

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

**Contra-indicações:**

- Hipersensibilidade ao princípio ativo, a sacubitril, a valsartana ou a qualquer um dos excipientes;
- Uso concomitante com inibidores da ECA. O medicamento não deve ser administrado em até 36 horas após a descontinuação da terapia com inibidor da ECA;
- História conhecida de angioedema relacionado a terapia anterior com inibidor da ECA ou BR A;
- Angioedema hereditário ou idiopático
- Uso concomitante com alisquireno em pacientes com diabetes Tipo 2
- Insuficiência hepática grave, cirrose biliar e colestase
- Gravidez.

As **reações adversas** mais comuns reportadas durante o tratamento com **Sacubitril + Valsartana** são:

- Hipotensão, hipercalemia, e função renal comprometida.

- Angioedema.

- Anemia, Hipocalemia, Hipoglicemia, Tontura, Cefaléia, Síncope, Vertigem, Tosse, diarreia, náusea, gastrite, fadiga.

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) deve(m) ser utilizado(s) somente por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive se desistir de usar o(s) medicamento(s).

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

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

( ) **Sacubitril + Valsartana**

Local:	Data:	
Nome do paciente e número de cartão Nacional de Saúde:		
Nome e documento do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF: