

| <b>DOENÇA DE WILSON</b>                      |  |
|--|--|
| <b>Portaria SAS/MS nº 1.318 – 25/11/2013</b> |  |
| <b>Medicamento</b>                           | <b>PENICILAMINA</b>  |
| <b>CID 10</b>                                | <b>E83.0</b>   |
| <b>Apresentação</b>                          | 250mg (cápsula)  |
| <b>Anexos obrigatórios</b>                   | Cópia dos exames: hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, uréia e exames necessários comprovando o diagnóstico de Doença de Wilson |
| <b>Presc. Máxima Mensal</b>                  | 186 comprimidos por mês  |

- Prescrição médica devidamente preenchida
- Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
- Termo de Consentimento preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

#### **DOCUMENTOS GERAIS NECESSÁRIOS**

- Cópia de Documento de Identidade
- Cópia do CPF
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do comprovante de residência

**FARMÁCIA ESCOLA – CEAF**  
 (COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA)  
 Rua Delfino Conti, s/nº - UFSC – Trindade  
 Fone: 3721 – 2278                      e-mail: farmaciapmfufsc@gmail.com

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
PENICILAMINA, TRIENTINA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente),  
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos  
relacionados ao uso de **penicilamina e trientina** indicadas para o tratamento da **doença de Wilson**.

Os termos médicos foram explicados e todas as 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  
as seguintes melhoras:

- aumento da expectativa de vida;
- diminuição da sintomatologia com melhora da qualidade de vida.

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

- há evidências de riscos ao feto com o uso da penicilamina; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico, sem interromper o tratamento;
- não se sabe ao certo os riscos ao feto com o uso da trientina; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico, sem interromper o tratamento;
- **efeitos adversos da penicilamina:** principais: reações alérgicas (coceira, vermelhidão na pele), náuseas, vômitos, diarreia, dor no estômago, diminuição ou perda do paladar, diminuição das células brancas e vermelhas do sangue (que devem ser muito controladas), fraqueza nos músculos, zumbidos, agitação, ansiedade, queda de cabelo, visão borrada; mais raros: inflamação do pâncreas, inflamação dos pulmões, síndromes miastênicas (dificuldade para respirar, falar, mastigar, engolir, visão dupla e fraqueza nos músculos) e síndromes lúpicas (bolhas na pele, dor no peito e dor nas juntas), proteinúria e síndrome nefrótica;
- **efeitos adversos da trientina:** principais: cansaço, fraqueza, dor no estômago, azia, alterações na pele, câibras, deficiência de ferro; casos mais graves incluem lúpus eritematoso sistêmico e distonias;
- contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou a componentes da formulação;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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 atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

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:

( ) penicilamina

( ) trientina

