

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Medicamento composto por: Dutasterida, Minoxidil, Biotina e Cianocobalamina (Vitamina B12)

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: _____

CPF: _____

Data de nascimento: // _____

Telefone: _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO

Declaro que fui devidamente informado(a) de forma clara, adequada e compreensível sobre o medicamento que estou adquirindo, o qual é uma **fórmula composta por dutasterida, minoxidil, biotina e cianocobalamina (vitamina B12)**, indicada principalmente para condições relacionadas à queda capilar e/ou fortalecimento dos cabelos, conforme avaliação profissional individualizada.

Fui esclarecido(a) quanto à finalidade do uso, forma de administração, tempo estimado de tratamento e necessidade de acompanhamento clínico, quando indicado.

3. COMPOSIÇÃO E AÇÃO DOS PRINCIPAIS COMPONENTES

- **Dutasterida:** medicamento que atua na inibição da conversão da testosterona em di-hidrotestosterona (DHT), podendo auxiliar na redução da queda capilar.
- **Minoxidil:** substância vasodilatadora que pode estimular o crescimento capilar e melhorar a densidade dos fios.
- **Biotina (Vitamina B7):** vitamina envolvida no metabolismo celular, podendo contribuir para a saúde dos cabelos, pele e unhas.
- **Cianocobalamina (Vitamina B12):** vitamina essencial para a formação das células sanguíneas e função neurológica, podendo auxiliar em estados de deficiência nutricional.

4. RISCOS, EFEITOS ADVERSOS E LIMITAÇÕES

Estou ciente de que, como todo medicamento, o uso desta formulação pode estar associado a **efeitos adversos**, que variam de pessoa para pessoa, incluindo, mas não se limitando a:

- Dutasterida: diminuição da libido, alterações ejaculatórias, disfunção erétil, sensibilidade ou aumento das mamas, alterações de humor, entre outros.
- Minoxidil: irritação local (quando tópico), coceira, vermelhidão, descamação, aumento inicial da queda capilar, alterações da pressão arterial (em casos específicos), taquicardia ou retenção hídrica.
- Biotina e Cianocobalamina: geralmente bem toleradas, podendo ocasionalmente causar desconforto gastrointestinal, reações cutâneas ou, raramente, reações alérgicas.

Fui informado(a) de que **os resultados não são garantidos**, podendo variar conforme características individuais, adesão ao tratamento, fatores genéticos e hormonais.

5. CONTRAINDICAÇÕES E ALERGIAS

Declaro, sob minha responsabilidade, que:

- **Não possuo alergia conhecida** à dutasterida, minoxidil, biotina, cianocobalamina ou a quaisquer excipientes presentes na formulação;
- Informe corretamente ao profissional responsável sobre meu histórico médico, uso de outros medicamentos, doenças pré-existentes e possíveis reações adversas anteriores;
- Estou ciente de que devo **interromper o uso e procurar atendimento médico** caso apresente sinais ou sintomas sugestivos de reação adversa ou alérgica.

6. RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

Comprometo-me a:

- Utilizar o medicamento conforme a orientação recebida;
- Não compartilhar o medicamento com terceiros;
- Não alterar a dose, frequência ou forma de uso sem orientação profissional;
- Manter acompanhamento médico, quando indicado.

7. CONSENTIMENTO

Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas, compreendi as informações fornecidas, **aceito voluntariamente fazer uso do medicamento** descrito neste termo e estou ciente dos riscos, benefícios e limitações do tratamento.

Este termo é firmado em caráter **livre e esclarecido**, para que produza seus efeitos legais.

Assinatura do profissional responsável:



Ramon Ferraz Bolsoni
Médico
CRM-SC 37820

Nome e registro profissional:

RAMON FERRAZ BOLSONI

CRM-SC 37820