



## **Consentimento para tratamento com BRIXADI®**

A buprenorfina é um medicamento usado para tratar o transtorno do uso de opioides. É um opioide que reduz os desejos e os sintomas de abstinência e bloqueia os efeitos de opioides mais fortes e mais perigosos para reduzir o risco de overdose. A buprenorfina pode ser tomada na forma de um comprimido ou filme diário ou como uma injeção subcutânea (sob a pele). O presente formulário de consentimento se refere à injeção mensal chamada BRIXADI®.

A buprenorfina pode ser usada para controle de abstinência ou terapia de manutenção. O transtorno do uso de opioides é uma doença crônica, e a terapia de manutenção com buprenorfina pode continuar pelo tempo que for clinicamente necessário. Um envolvimento mais prolongado no tratamento está associado a melhores resultados para os pacientes. É recomendável que o tratamento com buprenorfina dure no mínimo seis (6) meses.

O BRIXADI® é uma forma de buprenorfina de liberação prolongada que possui duas (2) formulações: uma injeção semanal e uma injeção mensal.

- A formulação BRIXADI® semanal é administrada a cada 7 dias. Está disponível em quatro (4) doses diferentes: 8 mg, 16 mg, 24 mg e 32 mg.
- A formulação BRIXADI® mensal é administrada a cada 28 dias. Está disponível em três (3) doses diferentes: 64 mg, 96 mg e 128 mg.

Sua equipe de profissionais de saúde trabalhará com você para determinar a formulação e a dose adequadas para você. As duas formulações de BRIXADI® podem ser administradas por via subcutânea em uma de quatro (4) áreas: abdômen, nádega, coxa ou parte superior do braço.

A informação ao paciente que você precisa saber sobre o BRIXADI® e seus efeitos colaterais constam em anexo. Vamos revisar esse material com você antes de pedirmos para você assinar este formulário para tratamento.

Eu li este formulário e o formulário de medicação do paciente, ou estes foram lidos para mim. Eu entendo o que eles dizem. Tive a oportunidade de fazer perguntas. Todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu acredito que tenho informações suficientes para consentir a toma da injeção BRIXADI®. Ao assinar o presente formulário, autorizo minha equipe de profissionais de saúde a administrar injeções subcutâneas de BRIXADI® em um de quatro locais: abdômen, nádegas, coxa ou braço, conforme clinicamente apropriado.

---

Assinatura do paciente

Data

---

Assinatura do provedor

Data

O presente documento foi reproduzido com a autorização do Boston Medical Center e foi extraído de:  
Loukas, V., Jodat, A., e LaBelle, C.T. (2024) *Buprenorphine Extended-Release Injection Implementation Guide*. Manual de tratamento não publicado.  
Boston Medical Center.

O presente manual ou qualquer documento nele contido não substitui a tomada de decisões médicas informadas por um provedor licenciado e qualificado.