

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DE INFUSÕES MEDICAMENTOSAS

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| Nome do Paciente:   |             |
| Data de Nascimento: | Data atual: |

Declaro ter sido informado (a) claramente sobre todas as indicações, contra- indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) Infiximabe, Adalimimabe, Etanercepte, Tocilizumabe, Golimumabe, Abatacepte, Certolizumabe Pegol, Rituximabe, Imunoglobulina Humana, Belimumabe, Secuquinumabe, indicado(s) para o tratamento de doenças reumatológicas.

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o (s) medicamento (s) que passo a receber pode (m) trazer benefícios com controle da doença e suas complicações.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os Termos de Consentimento Informado. Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

- O meu tratamento constará do (s) seguinte (s) medicamento (s):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Infiximabe</b>            | <input type="checkbox"/> <b>Golimumabe</b>          |
| <input type="checkbox"/> <b>Adalimimabe</b>           | <input type="checkbox"/> <b>Abatacepte</b>          |
| <input type="checkbox"/> <b>Etanercepte</b>           | <input type="checkbox"/> <b>Certolizumabe Pegol</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Tocilizumabe</b>          | <input type="checkbox"/> <b>Rituximabe</b>          |
| <input type="checkbox"/> <b>Imunoglobulina Humana</b> |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Belimumabe</b>            |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Secuquinumabe</b>         |   |

- Frequência da Terapia Proposta:

- 1/1 Semana**
- 1/2 Semanas**
- 1/3 Semanas**
- 1/4 Semanas**
- 1/5 Semanas**
- 1/6 Semanas**
- 1/7 Semanas**
- 1/8 Semanas**

Período do tratamento proposto: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DE INFUSÕES MEDICAMENTOSAS

Nome completo do  
Paciente ou Responsável\*\*\*:

Assinatura:

CPF:

\*\*\*Quando o paciente for menor de 18 anos, possuir responsável legal ou não estiver em condições de assinar este documento.

Campo abaixo para uso do **Médico responsável** pela aplicação do termo de consentimento informado:

Confirmando que expliquei todo o tratamento a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura e carimbo do médico:

Sapiranga \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_