

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

- 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__