



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

**TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO E DE CONSENTIMENTO
PÓS INFORMAÇÃO PARA HOMENS OU MULHERES MAIORES
QUE 55 ANOS DE IDADE.**

Data do atendimento: ____/____/____



GRAVIDEZ PROIBIDA!
Risco de graves defeitos na face, nas
orelhas, no coração
e no sistema nervoso do feto

Eu, Dr. _____,
registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado _____, sob o número _____, sou o
responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente _____,
do sexo s masculino() s feminino(), com idade de _____ anos completos, residente na rua
_____, Bairro _____, cidade _____,
Estado _____ e telefone para contato _____, para quem estou
indicando o medicamento:(marcar com um x o nome do medicamento)
() Acitretina

Com diagnóstico de: _____

Caso o paciente seja do sexo masculino, ou mulher acima de 55 anos de idade:

Informei ao paciente que este produto pode causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que utilizam na gravidez. Portanto somente pode ser utilizado por ele(a). Não pode ser passado nenhuma outra pessoa.

A Ser Preenchido Pelo Paciente:

Eu, _____,
Carteira de identidade número _____, residente na rua _____,
Cidade _____, Estado _____, e Tel: _____, recebi
pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou receber e declaro que entendi as
orientações prestadas. Entendo que este medicamento é só meu e que não devo passá-lo para
ninguém.

Assinatura do paciente: _____

Caso o paciente seja menor de idade:

Nome e Assinatura do responsável caso o paciente seja menor de 21 anos:

Nome _____

Assinatura _____ R.G. do Responsável _____

Assinatura e carimbo do médico do paciente