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



Eu, Dr._____, registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado_____, sob o número_____, sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do paciente_____, do sexo masculino ( ) ou feminino ( ), com idade de_____anos completos, residente na rua _____ cidade _____, Estado_____ e telefone para contato_____, para quem estou **indicando o medicamento:**

( ) Isotretinoína
( ) Acitretina
( ) Tretinoína

Com diagnóstico de: _____

Se o paciente é do sexo masculino, ou mulher acima de 55 anos de idade:
Informei ao paciente que este produto pode causar graves defeitos congenitos 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 n°_____, residente na rua _____, Cidade_____, Estado_____ e Tel: _____, recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou receber e declaro que entendido 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