

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
## Para medicamentos contraindicados na Gestação

Eu, _____(nome da paciente), declaro ter sido claramente orientada a respeito das contraindicações e riscos do uso do medicamento_____(nome do medicamento) na gestação.
Estou ciente de que esse medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive se desistir de usar o medicamento.

| |
|---|
| Local: Data: / / |
| Nome do paciente: |
| Cartão Nacional de Saúde: |
| Nome do responsável legal: |
| Documento de identificação do responsável legal: |
| _____<br>Assinatura do paciente ou do responsável legal |

**Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.**