|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Eu,       (nome do paciente), abaixo identificado (a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do antiangiogênico intraocular preconizado para o tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade Exsudativa (Neovascular): [ ]  Lucentis® (Ranimizumabe) [ ]  Eylea® (Aflibercept) Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico       (nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, tendo ciências dos riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Assim, declaro que: Fui claramente informado (a) de que a aplicação intravítrea de antiangiogênicos pode trazer os seguintes benefícios:  • Melhora da acuidade visual; ou • Manutenção da acuidade visual. Fui também claramente informado(a) a respeito das contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos a respeito do uso do antiangiogênicos no tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade Exsudativa (Neovascular). Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado. Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | DADOS DO PACIENTE |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Nome**      |  | **Idade**      |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Documento de identidade**      |  | **Sexo** [ ]  Masculino [ ]  Feminino  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Endereço**      |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Cidade**      |  | **CEP**      |  | **Telefone**(  )      -     |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | **Responsável Legal (se necessário)**      |  | **RG do Responsável Legal**      |  |
|  |  |  |  |  |
|  | DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Nome**      |  | **CRM**      |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Endereço**      |  |
|  |  |  |
|  | **Cidade**      |  | **CEP**      |  | **Telefone**(  )      -     |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   /  /    Data |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do paciente ou do responsável legal |  |
|  |   /  /    Data |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura e carimbo do médico |  |

1. O preenchimento completo deste termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para a autorização do medicamento.
2. Este termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada no estabelecimento credenciado e a outra será entregue ao paciente.
 |  |