Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), baixo identificado(a) e firmado(a), estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui informado(a) claramente pelo meu médico sobre o meu estado de saúde, diagnóstico, e evolução provável de minha doença: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a que serei submetido bem como os possíveis efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do referido tratamento.

Certifico que li este termo, ou que foi explicado a mim, tendo o sido feito pelo meu médico assistente, Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve) e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação. Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Estou da mesma forma ciente de que pode haver necessidade de mudança das doses, assim como o tipo de medicamentos que farão parte do meu tratamento. E, 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, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Paciente: | | | |
| Documento de Identidade: | | Sexo: | Idade: |
| Endereço: | | | |
| Cidade: | CEP: | Telefone: ( ) | |
| Responsável Legal: (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico vier a ficar incapacitado) | | | |
| Documento Identidade do responsável legal: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do paciente ou do responsável legal | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Médico responsável: | | | CRM: |
| Endereço: | | | |
| Cidade: | CEP: | Telefone: ( ) | |
| \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  Data | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo do médico | | |

**Observações:**

1) O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para autorização do tratamento.

2) Este Termo deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na Sala de Atendimento do DOM da Unimed Londrina, onde será realizada a infusão do medicamento e a outra será entregue ao paciente.

**\* A COBERTURA DO TRATAMENTO SE DARÁ DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO DO ROL VIGENTE.**