



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO XVI

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



Eu, Dr. _____,
registrado no Conselho de Medicina do Estado _____, sob o número _____,
sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do paciente _____,
do sexo | | masculino | | feminino, com idade de _____ anos completos, residente na rua _____
_____, Cidade _____,
Estado _____ e telefone para contato _____, para quem estou indicando o produto:
| | Isotretinoína | | Acitretina | | Tretinoína

Com diagnóstico de _____
Se o paciente é do sexo masculino, ou mulher acima de 55 anos de idade:
Informe 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 para nenhuma outra pessoa.

A ser preenchido pelo paciente

Eu, _____, portador (a) do (a) R.G.
nº _____ Órgão Expedidor _____, residente na rua _____,
Cidade _____, Estado _____, e telefone para contato _____,
recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou realizar e declaro ter entendido todas as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

ASSINATURA:

NOME DO RESPONSÁVEL CASO O PACIENTE SEJA MENOR DE 21 ANOS:

DATA / ASSINATURA E CRM DO MÉDICO:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL CASO O PACIENTE SEJA MENOR DE 21 ANOS:

R.G. DO RESPONSÁVEL: