|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  |  | | | | |  | |  | | | | | |  | |
|  | 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |