



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO

SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

O Termo de Esclarecimentos, Ciência e Consentimento foi preenchido pelo(a): *Paciente* *Responsável*

Nome do(a) Paciente: Idade

Data de nascimento: CPF

Responsável: Idade

Data de nascimento: CPF

Declaro que autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s):

Noripurum® Ferinject®

Outros

1- Fui informado(a) pelo(a) médico(a) que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões), diagnóstico(s) e prognóstico de meu estado de saúde:

| | | |
|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="text"/> | CID | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | CID | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | CID | <input type="text"/> |

2- Recebi todas as explicações necessárias, em linguagem clara e acessível, quanto à(s) patologia(s), riscos, tratamento proposto, seus riscos, benefícios, efeitos colaterais, prognóstico, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

3- Fui informado(a) do risco de alteração na fertilidade pela doença e/ou tratamento instituído e sobre os métodos possíveis para minimizá-lo ou mesmo métodos artificiais para promover uma futura gravidez, sendo definida pela minha livre opção.

4- Comprometo-me, neste ato, por mim ou como responsável pelo(a) paciente, a adotar medidas eficazes e eficientes de contracepção (homens e mulheres) durante toda a duração do tratamento sistêmico (suplementação de ferro) e até o período indicado pelo médico após o seu término.

5- Estou ciente de que, durante o(s) tratamento(s), para tentar curar ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões) de saúde, poderá(ão) ocorrer outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer intercorrência(s) e/ou outra(s) situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuita(s), não obstante toda a técnica e boa indicação do tratamento realizado.



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO

SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

6- Este Termo de Consentimento Informado e Esclarecido está de acordo com as disposições do novo Código de Ética Médica vigente a partir de 13 de abril de 2010, publicado no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009, em especial com as disposições de seu Capítulo IV, artigo 22: “É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”.

7- Por livre e autônoma manifestação de vontade, após ampla discussão de todas as questões levantadas, sentindo-me plenamente esclarecido(a) em todas as dúvidas que suscitei e demais que foram suscitadas pelo(a) médico(a), autorizo que o(s) tratamento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, conforme a indicação médica.

8- Esta autorização é dada ao(à) médico(a) bem como ao(s) membro(s) de sua equipe e/ou outro(s) profissional(ais) por ele(a) selecionado(s) a intervir no(s) tratamento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional quanto à necessidade de coparticipação.

9- Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) tratamento(s), após ter lido e compreendido todas as informações constantes neste documento, antes de sua assinatura.

10- Consinto, portanto, que o(a) médico(a) acima identificado(a) realize o(s) tratamento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis no local do(s) tratamento(s).

Maceió, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura Beneficiário(a)/Responsável: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha 01: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha 02: _____

CPF: _____

PREENCHIMENTO DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE

Expliquei todo o procedimento a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), ao próprio(a) paciente e/ou seu(ua) responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por ele(s). De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu(ua) responsável está em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Médico(a)
assistente:

CRM

CARIMBO MÉDICO

Assinatura: _____

