

Termo de Consentimento Esclarecido e Informado para Indicação de Imunobiológicos e DMADS para pacientes com Artrite Reumatóide ou a Artrite Psoriática ou Espondilite Anquilosante ou Doença de Crohn

Por este instrumento, eu, _____, ou meu responsável legal, _____, declaro que:

1) Autorizo meu tratamento com o medicamento:

- | | | |
|---------------------------|---------------------|---------------------|
| ➤ Abatacepte () | ➤ Golimumabe () | ➤ Tocilizumabe () |
| ➤ Adalimumabe () | ➤ Infiximabe () | ➤ Ustequinumabe () |
| ➤ Certolizumabe pegol () | ➤ Rituximabe () | ➤ Vedolizumabe () |
| ➤ Etarnecepte () | ➤ Secuquinumabe () | |

ou () outro (_____), prescrito pelo meu (minha) médico(a) assistente, Dr(a) _____ CRM _____ para o tratamento de () Artrite Reumatóide ou () Artrite Psoriásica ou () Espondilite Anquilosante ou () Doença de Crohn.

- 2) Recebi com clareza todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, riscos e alternativas de tratamento diante da enfermidade diagnosticada.
- 3) Estou ciente de que durante o tratamento poderão ocorrer reações, conforme descrito na bula deste medicamento registrado na ANVISA.

Declaro, finalmente, 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 (minha) médico(a).

Paciente: _____

Documento de identidade: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefone: () _____

Responsável legal (quando for o caso): _____

Documento de identidade do responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal

Médico responsável : _____ CRM: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefone: () _____

Assinatura e carimbo do Médico

Data: _____ / _____ / _____

Observações:

1. O preenchimento completo deste termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o tratamento prescrito.
2. Este termo será preenchido em duas vias: uma ficará com Círculo Operadora Integrada de Saúde.