Círculo Saúde	FORMULÁRIO			FOR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INDICAÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS			FOR-GOS-50
	Data de Emissão: 18/10/2023	Data da Revisão: 19/10/2026	Número da Revisão: 02	Página: 1 de 1
APLICAÇÃO:	CÍRCULO SAÚDE			

Eu _____, na qualidade de ( ) paciente, RG:_____, idade _____, endereço: _____ _____, cidade: _____, telefone: ( )_____ ou responsável do paciente, _____, (grau de parentesco[1]) RG: _____, **DECLARO** que o médico assistente, Dr(a). _____ CRM nº_____, informou o **diagnóstico** de:

( ) Artrite Reumatóide
( ) Artrite idiopática juvenil
( ) Artrite Psoriásica
( ) Asma grave
( ) Dermatite atópica
( ) Doença de Crohn
( ) Esclerose múltipla
( ) Espondilite Anquilosante
( ) Hidradenite supurativa
( ) Osteoporose
( ) Psoríase
( ) Urticária crônica
( ) Uveítes não infecciosas
( ) Retocolite Ulcerativa
( ) Outra:_____

I. Fui devidamente informado, em linguagem clara, objetiva e compreensível pelo profissional médico, diante do atual quadro clínico, meios, alternativas e formas de tratamentos disponíveis, atendendo a melhor literatura e boa prática médica, há **indicação** para o uso do(s) medicamento(s) abaixo indicado(s):

( )Abatacepte
( ) Adalimumabe
( ) Bimequizumabe
( ) Certolizumabe pegol
( ) Dupilumabe
( ) Etarnercepte
( ) Golimumabe
( ) Guselcumabe
( ) Infliximabe
( ) Ixequizumabe
( ) Mepolizumabe
( ) Natalizumabe
( ) Omalizumabe
( ) Ofatumumabe
( ) Rizanquizumabe
( ) Rituximabe
( ) Romosozumabe
( ) Secuquinumabe
( ) Tezepelumabe
( ) Tocilizumabe
( ) Ustequinumabe
( ) Vedolizumabe
( ) Outro: _____

II. Recebi com clareza todas as explicações necessárias quanto aos benefícios esperados, possíveis riscos e alternativas de tratamento, bem como esclareci as minhas dúvidas;

III. Estou ciente de que durante o tratamento **poderão ocorrer reações desagradáveis**, conforme descrito na(s) bula(s) deste(s) medicamento(s) registrado na ANVISA.

IV. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas, e por livre e espontânea vontade, eu **autorizo** ( ) SIM ( ) NÃO o tratamento acima indicado e reservo-me o direito de revogar, por escrito, este consentimento a qualquer tempo.

_____, _____de _____de _____.

_____

Assinatura

[1] Parentes de primeiro e segundo grau (pais, irmãos, avós e netos), tutor(a), curador(a) e cônjuge ou companheiro(a).

Observações:
- O **preenchimento completo** deste termo e sua **respectiva assinatura** são imprescindíveis para o tratamento prescrito.
- Uma via preenchida e assinada deste termo ficará com o Círculo Saúde.