

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E
INFORMADO PARA INDICAÇÃO DE IMUNOBOLÓGICOS**

Eu, _____, na qualidade de () paciente, documento de identidade: _____, idade _____, endereço: _____, cidade: _____ - _____, telefone: () _____ ou () _____ responsável do paciente, _____, grau de parentesco¹ _____, documento de identidade: _____, **DECLARO** que o médico assistente Dr(a) _____, CRM - _____ nº _____, informou o **diagnóstico** de:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artrite Reumatóide | <input type="checkbox"/> Doença de Crohn | <input type="checkbox"/> Psoríase |
| <input type="checkbox"/> Artrite idiopática juvenil | <input type="checkbox"/> Esclerose múltipla | <input type="checkbox"/> Retocolite Ulcerativa |
| <input type="checkbox"/> Artrite Psoriásica | <input type="checkbox"/> Espondilite Anquilosante | <input type="checkbox"/> Urticária crônica |
| <input type="checkbox"/> Asma grave | <input type="checkbox"/> Hidradenite supurativa | <input type="checkbox"/> Uveítes não infecciosas |
| <input type="checkbox"/> Dermatite atópica | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> 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):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abatacepte | <input type="checkbox"/> Infliximabe | <input type="checkbox"/> Secuquinumabe |
| <input type="checkbox"/> Adalimumabe | <input type="checkbox"/> Ixequizuabe | <input type="checkbox"/> Tocilizumabe |
| <input type="checkbox"/> Certolizumabe pegol | <input type="checkbox"/> Natalizumabe | <input type="checkbox"/> Ustequinumabe |
| <input type="checkbox"/> Dupilumabe | <input type="checkbox"/> Omalizumabe | <input type="checkbox"/> Vedolizumabe |
| <input type="checkbox"/> Etarnercepte | <input type="checkbox"/> Rizanquizumabe | Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Golimumabe | | |
| <input type="checkbox"/> Guselcumabe | <input type="checkbox"/> Rituximabe | |

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.

_____ - _____, ____/____/____.

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 Operário Caxiense.