



**TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO E DE CONSENTIMENTO
PÓS INFORMAÇÃO PARA HOMENS OU MULHERES MAIORES
QUE 55 ANOS DE IDADE.**



Eu, Dr. _____,
registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado _____, sob o número _____, sou o
responsável pelo tratamento e acompanhamento do paciente _____,
do sexo s masculino s feminino, com idade de _____ anos completos, residente na rua
_____ cidade _____,
Estado _____ e telefone para contato _____, para quem estou
indicando o medicamento:(marcar com um x o nome do medicamento)

- () Isotretinoína
() Acitretina
() Tretinoína

Com diagnóstico de: _____

Informe ao paciente que este produto pode causar graves defeitos congênitos no corpo Se o paciente é do sexo masculino, ou mulher acima de 55 anos de idade: K dos bebês de mulheres que utilizam na gravidez. Portanto somente pode ser utilizado por ele(a). Não pode ser passado nenhuma outra pessoa.

A Ser Preenchido Pelo Paciente:

Eu, _____,
Carteira de identidade número _____, residente na rua _____,
Cidade _____, Estado _____, e Tel: _____, recebi
pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou receber e declaro que entendido as
orientações prestadas. Entendo que este medicamento é só meu e que não devo passá-lo para
ninguém.

Assinatura do paciente: _____

Caso o paciente seja menor de idade:

Nome e Assinatura do responsável caso o paciente seja menor de 21 anos:

Nome _____,

Assinatura _____ R.G. do Responsável _____

Assinatura e carimbo do médico do paciente