

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



**GRAVIDEZ PROIBIDA!**  
Risco de graves defeitos na face, nas  
orelhas, no coração  
e no sistema nervoso do feto

**Data do atendimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Eu, Dr. \_\_\_\_\_,  
registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado \_\_\_\_\_, sob o número \_\_\_\_\_, sou o  
responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente \_\_\_\_\_,  
do sexo s masculino( ) s feminino( ), com idade de \_\_\_\_\_ anos completos, residente na rua  
\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ cidade \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ e telefone para contato \_\_\_\_\_, para quem estou

**indicando o medicamento:(marcar com um x o nome do medicamento)**

( ) Acitretina

**Com diagnóstico de:** \_\_\_\_\_

**Caso o paciente seja do sexo masculino, ou mulher acima de 55 anos de idade:**

Informe ao paciente que este produto pode causar graves defeitos congênitos no corpo 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 entendo 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