

Eu, _____ (nome do paciente), abaixo identificado (a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do antiangiogênico intraocular preconizado para o tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade Exsudativa (Neovascular):

Lucentis® (Ranimizumabe)

Eylea® (Aflibercept)

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, tendo ciências dos riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado (a) de que a aplicação intravítrea de antiangiogênicos pode trazer os seguintes benefícios:

- Melhora da acuidade visual; ou
- Manutenção da acuidade visual.

Fui também claramente informado(a) a respeito das contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos a respeito do uso do antiangiogênicos no tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade Exsudativa (Neovascular).

Declaro 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 médico.

DADOS DO PACIENTE

Nome		Idade
Documento de identidade	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Endereço		
Cidade	CEP	Telefone () -
Responsável Legal (se necessário)		RG do Responsável Legal

DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Nome		CRM
Endereço		
Cidade	CEP	Telefone () -

/ /

Data

Assinatura do paciente ou do responsável legal

/ /

Data

Assinatura e carimbo do médico

1. O preenchimento completo deste termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para a autorização do medicamento.
2. Este termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada no estabelecimento credenciado e a outra será entregue ao paciente.