



Termo de Consentimento Informado Tratamento da DMRI Exsudativa



Eu, _____ (nome do paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, 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 Termo de 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"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Endereço:		
Cidade:	CEP:	Telefone:
Responsável legal:	RG do responsável legal:	

DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL		
Nome:		CRM:
Endereço:		
Cidade:	CEP:	Telefone:



**Termo de Consentimento Informado
Tratamento da DMRI Exsudativa**



Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa que:

() **AUTORIZA** a realização.

() **NÃO AUTORIZA** a realização, estando ciente dos riscos decorrentes desta decisão

Araraquara, _____ de _____ de _____.

Hora da aplicação do termo: _____h _____min

Assinatura paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura responsável pelo paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura médico
CRM _____
Nome _____

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.