11. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser assinado pelo paciente, conforme anexo III da RDC 327/2019, o qual deve estar preenchido com os dados específicos do produto de Cannabis que se pretende autorizar

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Os dados abaixo visam orientá-lo(a), fornecendo-lhe informações importantes sobre o uso do Produto de Cannabis

indicado pelo seu médico e os possíveis riscos associados.

D	ECL	AR/	ACÃO	DO	PAC	IENTE

DECLARAÇÃO DO PACIENTE	
Eu,	, portador da cédula de
identidade n°	, ou meu representante legal,
	, portador(a) da cédula de
identidade n°	, declaro para os devidos fins e efeitos de direito,
que tomei conhecimento de que sou porta	dor da enfermidade
	Após a avaliação e investigação
diagnóstica pelo médico	fui
enfermidade. De acordo com o médico aci adequadas foram adotadas anteriormente escolhendo, tendo sido prescrito este prod serem ineficazes as opções terapêuticas di O médico me informou que alguns estudos melhorar os sintomas que venho apresentade quaisquer outros procedimentos médico e isento de riscos ou agravos à minha serem	luto de Cannabis por estarem esgotadas ou por sponíveis no mercado brasileiro. s sugerem que esse produto de Cannabis pode ando. Fui igualmente informado de que, a exemplo os, o produto de Cannabis exxxxxxxx nome do produto

indesejáveis mais conhecidos, até o momento, são: SONOLÊNCIA, FADIGA E ALTERAÇÕES NO APETITE, no entanto, efeitos em prazo mais longo ainda não foram adequadamente estudados. Além disso, o produto de Cannabis

pode interferir com as medicações que estou utilizando, o que pode diminuir a eficiência dos mesmos ou aumentar seus possíveis efeitos adversos.

Anvisa, e que seu uso está sendo feito em caráter excepcional, devido à ausência de resposta de minha doença às outras medicações disponíveis. Também fui informado que o médico responsável poderá responder às minhas dúvidas quando necessário. Sou igualmente sabedor que, apesar do empenho do meu médico, não existe garantia absoluta no resultado deste produto de Cannabis com relação à melhora dos sintomas da minha doença.

Local e Data

Assinatura

do Paciente ou Representante

Lega

Nome completo do médico