

## ANEXO XVI

### 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 produto:

Isotretinoína  
Acitretina  
Tretinoína

Com diagnóstico de \_\_\_\_\_

#### **Se o paciente é do sexo masculino, ou mulher acima de 55 anos de idade:**

1. 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 Preechido Pelo Paciente**

Eu, \_\_\_\_\_, Carteira  
de identidade número \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_,  
residente na rua \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,  
Estado \_\_\_\_\_, e telefone para contato \_\_\_\_\_, recebi pessoalmente as  
informações sobre o tratamento que vou receber e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este  
remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura \_\_\_\_\_

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

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

R.G. do Responsável \_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico:** \_\_\_\_\_ **CRM:** \_\_\_\_\_