

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E DE IMUNIZAÇÃO
NÚCLEO DE IMUNIZAÇÃO
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DIRETORIA DE ÁREAS ESTRATÉGICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO SOBRE O USO DO PALIVIZUMABE

Eu, _____, responsável pelo paciente _____, abaixo identificado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento Palivizumabe para a prevenção de infecção causada pelo Vírus Sincial Respiratório.

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 o paciente ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

Estou ciente de que o Palivizumabe está indicado para prevenção de infecções causadas pelo Vírus Sincial Respiratório.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar tratando o paciente em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal a fazer uso de informações relativas ao tratamento do paciente, para fins de análise epidemiológica, desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

1) Identificação do usuário:

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Nome do responsável: _____

CPF do responsável: _____

Assinatura do responsável pelo paciente

2) Identificação do prescritor: (preenchido pelo médico solicitante)

Nome do médico solicitante: _____

CRM do médico solicitante: _____

Endereço do trabalho do médico solicitante: _____

_____/_____/_____
Assinatura e carimbo Data

MEDICAMENTO FORNECIDO PELO SISTEMA UNICO DE SAÚDE

Observação: O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para a aplicação do medicamento.