

TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA
HOMENS OU PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE



Eu, Dr.(a) _____
registrado(da) no Conselho Regional de Medicina do Estado _____, sobe o número _____,
sou o(a) responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente _____
do sexo masculino feminino, com idade de _____ anos completos, residente na rua _____
_____, Cidade _____,
Estado _____ e telefone para contato _____,
para quem estou indicando o produto:

Isotretinoína

Tretinoína

Acitretina

Com diagnóstico de _____

Se o paciente é do sexo masculino, ou mulher acima de 55 anos de idade.

1. Informe(i) ao(a) 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 para nenhuma outra pessoa.

A ser preenchido pelo(a) 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(a) paciente seja menor de 21 anos.

Nome _____

Assinatura _____

R.G do responsável _____

Data e assinatura do médico _____ CRM _____