



CAPESESP

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – DMRI

Eu, _____ (nome do paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso de Ranibizumabe, preconizados para o tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade Exsudativa (Neovascular).

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, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que a aplicação intra-vítrea do Ranibizumabe pode trazer os seguintes **benefícios**:

- Melhora da acuidade visual, ou;
- Manutenção da acuidade visual.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos a respeito do uso do Ranibizumabe no tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade Exsudativa (Neovascular):

Contra-indicações:

- Se você é alérgico (hipersensível) ao ranibizumabe;
- Se você tiver uma infecção ou suspeita de infecção no olho ou ao redor do olho;
- Se você sofrer dor ou vermelhidão no seu olho;
- Amamentação durante o tratamento;
- Gravidez durante a vigência do tratamento.

Potenciais efeitos adversos:

- Desconforto no olho;
- Depósitos no fundo do olho;
- Reação no local da aplicação do olho;
- Secreção do olho com coceira;
- Vermelhidão e inchaço (conjuntivite);
- Pequenas marcas na superfície do olho,
- Inchaço de uma parte do olho (córnea, úvea, pálpebra)
- Perda da visão
- Flashes de luz com moscas volantes
- Progresso para a perda da visão
- Bolsa de pus no olho

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 me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo a Capesesp a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

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

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

O meu tratamento constará do seguinte medicamento: () Ranibizumabe

Paciente:		
Documento de Identidade:	Sexo:	Idade:
Endereço:		
Cidade:	CEP:	Telefone
Responsável legal (quando for o caso):		Documento de Identidade do responsável legal
Assinatura do paciente ou do Responsável legal: _____		

Médico Responsável:	CRM:	UF
Endereço:		
Cidade:	CEP:	Telefone
_____		____/____/____.
Assinatura e carimbo do Médico		Data

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.

2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será enviada à Capesesp e a outra será entregue ao paciente.