

TERMO DE RECUSA PARA REALIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

Paciente: _____

Data de Nascimento: / / CPF: _____

Nome da mãe: _____

Representante Legal (se aplicável): _____

Relação com o Paciente: _____

CPF do Representante: _____

Aplicável caso paciente não possua capacidade civil plena.

Declaro que fui devidamente informado(a) pela equipe multiprofissional desta instituição acerca da indicação, finalidade, benefícios esperados e possíveis riscos relacionados ao uso do medicamento abaixo identificado:

Nome do medicamento:

Declaro, ainda, que comprehendi as orientações prestadas e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, sendo-me informado(a) de que a recusa ao uso do medicamento poderá acarretar agravamento do quadro clínico, atraso na recuperação ou outras intercorrências clínicas.

Mesmo ciente de tais informações, opto de forma livre e consciente por **RECUSAR** o uso do medicamento, assumindo integral responsabilidade pelos riscos, complicações ou consequências decorrentes desta decisão, isentando a equipe assistencial e a instituição de responsabilidades relacionadas a esta recusa.

Guanhães/MG, / /

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Médico