

Termo de medicação para COVID-19,

As etiquetas serão utilizadas para todos os pacientes que fizerem uso de medicações off-label
– Hidroxicloroquina, para serem colados nas evoluções médicas.

O paciente _____

IH: _____, sob minha responsabilidade, foi informado verbalmente e claramente sobre a necessidade do uso da(s) medicação(ões) off-label, descritas abaixo, no tratamento para infecção por COVID-19.

Descrição do princípio ativo, dose, frequência, via, tempo de tratamento proposto:

Certifico que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável, de forma clara, objetiva e compreensível sobre benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas do tratamento, tendo respondido às perguntas que me foram formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado. O referido paciente e/ou responsável também foi informado de que esse(s) medicamento(s) não possui registro na ANVISA para a utilização pretendida.

O paciente e/ou responsável refere ter compreendido e concordado com a prescrição desta medicação. Não foi possível assinatura do termo de consentimento em papel devido ao risco de contaminação aos profissionais de saúde que manipulam o prontuário físico.

hcor
ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA

Assinatura e CRM do Médico

Colar na Vertical

O paciente _____ IH: _____, sob minha responsabilidade, foi informado verbalmente e claramente sobre a necessidade do uso da(s) medicação(ões) off-label, descritas abaixo, no tratamento para infecção por COVID-19. Descrição do princípio ativo, dose, frequência, via, tempo de tratamento proposto: _____ _____ _____ Certifico que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável, de forma clara, objetiva e compreensível sobre benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas do tratamento, tendo respondido às perguntas que me foram formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado. O referido paciente e/ou responsável também foi informado de que esse(s) medicamento(s) não possui registro na ANVISA para a utilização pretendida. O paciente e/ou responsável refere ter compreendido e concordado com a prescrição desta medicação. Não foi possível assinatura do termo de consentimento em papel devido ao risco de contaminação aos profissionais de saúde que manipulam o prontuário físico. hcor ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÍRIA Assinatura e CRM do Médico _____
--