



**Termo - AST**  
**Termo de Consentimento Esclarecido e**  
**Informado – DMRI**



Eu, \_\_\_\_\_, abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do anti-angiogênico, 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 \_\_\_\_\_.

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, tendo ciência dos riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Assim, declaro que:

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

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

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

Autorizo \_\_\_\_\_ a  
UNIMED \_\_\_\_\_ 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.

Paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Responsável legal (quando for o caso): \_\_\_\_\_

Documento de identidade responsável legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Termo - AST**  
**Termo de Consentimento Esclarecido e**  
**Informado – DMRI**



Assinatura do paciente ou do responsável legal

Médico responsável: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do medico

Local

Data

- 
1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para a autorização do medicamento.