

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____ (nome do (a) paciente ou responsável legal), declaro ter lido informações acima e sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações, principais efeitos adversos relacionados ao uso de hidroxicloroquina, para o tratamento de Infecção pelo COVID 19 . Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ou permitir ao familiar enfermo neste momento sem condições de responder por si próprio seja submetido ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis. Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer melhora dos sintomas e reduzir complicações relacionadas a doença porém sem trabalhos consistentes neste momento.

Local:

Data:

Nome do paciente:

Nome do responsável legal:

Documento de identificação do responsável legal:

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Médico responsável: CRM: UF:

Assinatura e carimbo do médico

Data: _____