

## TERMO DE CONSENTIMENTO MÉDICO PARA O USO DO KIT EMERGENCIAL PARA CRISE ADRENAL

O paciente \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ é portador de:

- Insuficiência Adrenal Primária
- Insuficiência Adrenal Secundária
- Insuficiência Adrenal Terciária
- Hiperplasia Adrenal Congênita Forma Clássica Perdedora de Sal
- Hiperplasia Adrenal Congênita Forma Virilizante Simples
- Hiperplasia Adrenal Congênita Forma não Clássica ou Tardia
- Câncer Adrenocortical

Autorizo o paciente acima a obter e usar o Kit Emergencial fornecido pela Associação Brasileira Addisoniana (ABA).

A dose ideal para o paciente é de \_\_\_\_mg de succinato de hidrocortisona diluída em \_\_\_\_ml de água para injeção IM.

Administrar em casos de crise adrenal, após já ter duplicado e ou triplicado a dose de medicamento via oral e não ter tido melhora dos sintomas como letargia, vômitos e ou confusão mental.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome do médico Responsável:

CRM:

Telefones para contato:

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico Responsável