

## TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE

**Paciente:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, residente e  
domiciliado(a) no endereço: \_\_\_\_\_,  
Cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_, declaro que fui diagnosticado  
com: ( ) INSUFICIÊNCIA ADRENAL / ( ) HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA.

**Responsável Legal:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, declaro  
que sou responsável legal do menor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, diagnosticado com ( ) INSUFICIÊNCIA ADRENAL /  
( ) HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA.

Declaro também que, manifesto minha vontade expressa em consentir o recebimento do **KIT EMERGENCIAL** contendo:

- 1 frasco de 100mg de succinato de hidrocortisona em pó liofilizado
- 1 frasco plástico de água para injeção com 10 ml
- 1 seringa estéril e descartável de 3ml
- 2 agulhas estéreis e descartáveis
- 4 envelopes de swab de álcool.

Após esclarecimento prestado pela **ABA – Associação Brasileira Addisoniana**, assegurando-lhe o direito de decisão quanto ao tratamento proposto pelo (a) meu (minha) médico (a), **tenho ciência que somente o usarei com a sua indicação e diante de uma situação emergencial.**

Estando ciente dos **eventuais riscos que possam advir no transcurso** do tratamento acima mencionado, estou ciente e concordo com o informativo referente ao **KIT EMERGENCIAL**, contendo todas as informações sobre o tratamento, a forma de uso, a importância da anuência do(a) médico(a) que me acompanha, dos custos, e concordo com as declarações contidas neste.

São Paulo,

Telefones para contato:

---

Assinatura do Paciente ou Responsável