

TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE

(Para paciente **MAIOR** de 18 anos)

Dados de Identificação:

Nome do paciente: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Declaro que fui diagnosticado com:

- () 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

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 **Associação Brasileira Addisoniana (ABA)**, assegurando o direito de decisão quanto ao tratamento proposto pelo (a) médico (a) responsável, e **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 (enviados com o KIT e disponíveis no site www.abaddison.org.br)**, contendo todas as informações sobre o tratamento, a forma de uso, a importância da anuência do(a) médico(a) responsável, dos custos, e concordo com as declarações contidas neste.

_____, ____ de _____ de 20____.

Telefones para contato:

Assinatura do Paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE

(Para paciente MENOR de 18 anos)

Dados de Identificação do Responsável Legal:

Nome do Responsável: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

declaro que sou responsável legal pelo paciente:

Nome do paciente: _____

RG: _____ CPF: _____

diagnosticado com:

- 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

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) médico (a) responsável e **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 (enviados com o KIT e disponíveis no site www.abaddison.org.br)**, contendo todas as informações sobre o tratamento, a forma de uso, a importância da anuência do(a) médico(a) responsável, dos custos, e concordo com as declarações contidas neste.

_____, ____ de _____ de 20____.

Telefones para contato:

