

TERMO DE CONSENTIMENTO

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO - TIRZEPATIDA



Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

A tirzepatida é um medicamento de uso sob prescrição médica, indicado para tratamento de condição clínica específica, conforme avaliação da equipe médica, podendo ser utilizado no controle metabólico ou no manejo do peso corporal, de acordo com a conduta terapêutica definida para o meu caso.

Compreendi que o uso da tirzepatida pode proporcionar benefícios clínicos, como melhora de parâmetros metabólicos e auxílio no controle da doença tratada, **sem garantia de resultado específico**, pois a resposta ao tratamento varia de pessoa para pessoa.

Fui informado de que a tirzepatida **pode causar efeitos adversos**, incluindo, mas não se limitando a náuseas, vômitos, diarreia, constipação, dor abdominal, diminuição do apetite, refluxo ou desconforto gastrointestinal, tontura e reações no local da aplicação.

DECLARO:

1. não estar em período gestacional, tampouco haver qualquer desconfiança de gravidez. Foi-me alertado que não é indicado a realização do procedimento durante a gravidez;
2. que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive, tipos de anestésicos.
3. que faço uso de anticoncepcional regularmente e, entendo que o uso do medicamento deste protocolo não é recomendado, inclusive, para mulheres que venham a engravidar durante o período de tratamento.

acordo do paciente



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos, para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos médicos.

Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

acordo do paciente

Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

Importante: em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.(a):
CRM: