



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (*Pacientes Hospitalizados*)

Eu, _____

(nome do responsável pelo usuário(a) abaixo identificado(a) e firmado(a)), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do imunobiológico palivizumabe.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico:

_____ CRM _____

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter o meu filho ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

1) Identificação do usuário: (Preenchido pelo responsável pelo paciente)

Nome do Paciente: _____

Nome da mãe do Paciente:

CPF(responsável) _____

Endereço _____

Assinatura do responsável pelo paciente:
