

MATERIAL DE APOIO

**TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

SEÇÃO A: IDENTIFICAÇÃO

Campo	Descrição	Preenchimento
Nome Completo do Paciente	Nome completo sem abreviações	
Data de Nascimento	DD/MM/AAAA	
CPF	Documento de identificação	
RG	Registro Geral	
Endereço Completo	Rua, número, bairro, cidade, CEP	
Endereço Completo		
Telefone Principal	Com DDD	
Telefone Secundário	Com DDD	
E-mail	Endereço eletrônico	
Nome do Responsável Legal	Se menor de idade ou incapaz	
Grau de Parentesco	Relação com o paciente	
CPF do Responsável	Documento do responsável	

SEÇÃO B: DADOS MÉDICOS

Campo	Descrição	Preenchimento
Diagnóstico Principal	CID-10 e descrição	
Diagnósticos Secundários	Comorbidades relevantes	
Data do Diagnóstico	DD/MM/AAAA	
Médico Responsável	Nome completo	
CRM	Número do registro médico	
Especialidade	Área de atuação	
Instituição	Hospital/clínica	

SEÇÃO C: HISTÓRICO DE TRATAMENTOS

Medicamento/Tratamento	Período de Uso	Dose	Resultado	Motivo da Descontinuação

SEÇÃO D: PRODUTO CANNABIS MEDICINAL PRESCRITO

Campo	Descrição	Preenchimento
Nome do Produto	Denominação comercial	
Fabricante	Empresa produtora	
Concentração THC	mg/ml ou %	
Concentração CBD	mg/ml ou %	
Outros Canabinoides	Se aplicável	
Via de Administração	Oral, sublingual, etc.	
Dose Inicial	Quantidade por administração	
Frequência	Vezes por dia	
Dose Máxima Diária	Limite superior	

SEÇÃO E: BENEFÍCIOS ESPERADOS

Sintoma/Condição	Benefício Esperado	Tempo Estimado	Probabilidade

SEÇÃO F: RISCOS E EFEITOS ADVERSOS

Efeito Adverso	Frequência	Gravidade	Manejo
Sonolência	Comum (>10%)	Leve a moderada	Ajuste de dose, horário
Tontura	Comum (>10%)	Leve a moderada	Mudanças posturais lentas
Boca Seca	Muito comum (>30%)	Leve	Hidratação adequada
Alterações Apetite	Comum (>10%)	Leve a moderada	Monitorização peso
Fadiga	Comum (>10%)	Leve a moderada	Ajuste de dose
Diarreia	Ocasional (1-10%)	Leve a moderada	Hidratação, probióticos
Alterações Humor	Ocasional (1-10%)	Leve a grave	Monitorização psiquiátrica
Interações Medicamentosas	Variável	Leve a grave	Monitorização laboratorial

SEÇÃO G: CONTRAINDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

Condição	Aplicável	Observações
Gravidez	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Amamentação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Doença Cardiovascular Grave	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Transtorno Psiquiátrico Ativo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Dependência Química	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Insuficiência Hepática	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Alergia Cannabis	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

SEÇÃO H: ASPECTOS LEGAIS E FINANCEIROS

Aspecto	Informação
Status Legal	Produto regulamentado pela ANVISA conforme RDC 660/2022
Custo Estimado Mensal	R\$
Cobertura Plano de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial
Necessidade Importação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tempo Estimado Importação	_____ dias

SEÇÃO I: CONSENTIMENTOS

Declaração	Concordo
Recebi informações claras sobre minha condição médica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Compreendo os benefícios esperados do tratamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente dos riscos e efeitos adversos possíveis	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Entendo que posso interromper o tratamento a qualquer momento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Autorizo o compartilhamento de dados para fins científicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Concordo com o monitoramento regular do tratamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

SEÇÃO J: ASSINATURAS

Pessoa	Nome	Assinatura	Data
Paciente			
Responsável Legal			
Médico Prescritor			
Testemunha 1			
Testemunha 2			

HUNIQ
Health

PRONTO PARA VOCÊ:

Material editável grátis
disponível por tempo limitado

