

**Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido Para o Uso  
Não Estabelecido em Bula da Hidroxicloroquina (*off-label*) – em  
Casos Suspeitos ou Confirmados de Covid-19, causados pelo  
SARS-CoV-2**

Nome do Paciente_____
Número HC_____
Data nascimento_____ Idade _____ Sexo_____
Setor de Internação_____
Leito_____

Fui informado(a) pela equipe médica de que as avaliações e os exames realizados sugerem o diagnóstico e/ou hipótese de **infecção pelo vírus SARS-CoV-2— COVID 19**.

Estou ciente de que até o momento não existem evidências, obtidas por grandes estudos e bem realizados que comprovem, de fato, a efetividade da hidroxicloroquina na COVID-19.

Confirmo que recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e os resultados esperados, mesmo não havendo garantias destes resultados serem atingidos.

Também recebi todas as explicações quanto aos **efeitos adversos** que podem ocorrer com o uso destas medicações que incluem: redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, alteração elétrica do coração, arritmias, e alterações visuais por danos na retina, e raramente, alergias graves ou até fatais, além de outros eventos adversos menos graves e/ou frequentes não citados.

Uma vez que foram esclarecidas todas as minhas dúvidas em relação aos riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao meu tratamento da Covid-19, autorizo a administração, conforme dose preconizada nas orientações de tratamento medicamentoso do Ministério da Saúde. (<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19.pdf>) .

_____	_____
Rubrica paciente/ responsável	Rubrica médico

Estou ciente que independente do uso da hidroxicloroquina, será mantido o **tratamento padrão e comprovadamente benéfico**, que inclui medidas de suporte da respiração e oxigenação, ventilação mecânica, medicações para sustentar a pressão e fortalecer o coração, hemodiálise e antibióticos, entre outras terapias oferecidas a pacientes que estão criticamente doentes;

Estou ciente que serei avaliado e monitorado frequentemente pela equipe médica que me assiste e que serão realizados exames para analisar a adequação do tratamento proposto. Se houver alterações nos meus parâmetros clínicos que comprometam ou coloquem em risco a minha saúde devido ao uso do medicamento, o tratamento com hidroxicloroquina será INTERROMPIDO, evitando danos adicionais.

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e, estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o **direito de cancelar este consentimento** em qualquer momento.

_____ Rubrica paciente/ responsável	_____ Rubrica médico
--	-------------------------

## AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o medicamento seja utilizado da forma como foi exposto no presente termo;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Declaro também que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, e estar satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento em qualquer momento.

HC-Unicamp Campinas , ____ de _____ de 20____ :____ (hh:min) <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Responsável <b>Nome do paciente:</b> _____ <b>Assinatura:</b> _____ Nome do responsável (se for o caso) _____ <b>Assinatura do responsável:</b> _____
--

## Declaração do médico responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou responsável, o objetivo, os benefícios e os riscos do tratamento acima descrito, respondi às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclareci que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado em qualquer momento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ CRM _____ Assinatura _____ HC-Unicamp , Campinas ____/____/____ Hora _____
---