# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,      , RG nº     , CPF nº      , declaro que fui devidamente informado(a) pelo Farmacêutico(a)      , sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, com data de início      /     /2020, previsão de término      /     /2020, sendo um intervalo mínimo de 7 dias, com local de cumprimento da medida domiciliar, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Paciente  Responsável

Nome:

Grau de Parentesco:

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identidade nº:

Data:      /     /2020

Hora:      h:      min.

*Deve ser preenchido pelo Farmacêutico*

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do(a) farmacêutico(a):

Assinatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRF