

	<b>Formulário HCFMUSP</b>	SFARM-FOR-FCL-002-V04
	INCOR – Serviço de Farmácia	Data da Revisão: 28/03/2019
Processos	Registro de recusa de uso de medicamento	Próxima Revisão: 28/03/2021

### **Item 1 - RECUSA DO USO DE MEDICAMENTO**

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Etiqueta do paciente

#### MEDICAMENTO RECUSADO:

---

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Enfermeira da Unidade de Internação  
Coordenação de Enfermagem InCor

### **Item 2 - INFORMAÇÕES AO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL**

1. O uso do medicamento, sua indicação e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais de não utilizá-lo.
2. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

(     ) Assim, declaro agora que estou satisfeito com as informações recebidas e **NÃO ACEITO** o tratamento indicado e assumo, pessoal e individualmente, a responsabilidade pelas consequências da minha recusa.

(     ) Assim, declaro que estou satisfeito com as informações recebidas e **ACEITO** o tratamento indicado.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

**Assinatura do paciente ou representante legal\***

*\*No caso do declarante não ser o paciente, por incapacidade ou idade menor que 18 anos.*

---

**Farmacêutico responsável pelas informações ao paciente  
Serviço de Farmácia InCor**

ELABORADO POR: Nome: Mariana Galante Luana Portela Setor: Serviço de Farmácia	VERIFICADO POR: Nome: Mariana Cappelletti Galante Eloísa Aleixo Schmidt Setor: Serv. Farmácia Coord Enfermagem	APROVADO POR: Nome: Dra. Sonia Lucena Cipriano Dra. Jurema da Silva Herbas Palomo Setor: Serv Farmácia e Coord Enfermagem
--	---	--