

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

**Os dados abaixo visam orientá-lo(a), fornecendo-lhe informações importantes sobre o uso do canabidiol indicado pelo seu médico e os possíveis riscos associados.**

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

**Eu, .....; portador da cédula de identidade nº....., ou meu representante legal, Suzi Marcão Amado da Silva ..... portador(a) da cédula de identidade nº 18.524.165-7....., declaro, para os devidos fins e efeitos de direito, que tomei conhecimento de que sou portador da enfermidade Alzheimer.....**

**Após a avaliação e investigação diagnóstica pelo Dr. Marcelo Moren Netto fui informado sobre as possíveis opções de tratamento dos sintomas em decorrência da minha enfermidade. De acordo com o médico acima, de minha escolha, as medidas terapêuticas adequadas foram adotadas anteriormente a esta proposta de tratamento medicamentoso que estou escolhendo, tendo sido caracterizada a condição de REFRATARIEDADE MEDICAMENTOSA às medicações habituais e aprovadas para o controle clínico de minha doença.**

**REFRATARIEDADE MEDICAMENTOSA é definida quando pelo menos dois medicamentos, escolhidos e utilizados de maneira apropriada e em doses terapêuticas, não melhoraram de forma significativa os sintomas de minha doença, mesmo sem produzir efeitos colaterais significativos.**

**O médico me informou que alguns estudos sugerem que as substância extraídas da planta Cannabis sativa, não produz os efeitos típicos da maconha e pode melhorar os sintomas que venho apresentando.**

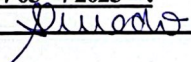
**Fui igualmente informado de que, a exemplo de quaisquer outros procedimentos médicos, o medicamento proposto não é isento de riscos ou agravos à minha saúde. Os efeitos indesejáveis mais conhecidos, até o momento, são: sonolência, fraqueza e alterações do apetite, no entanto, efeitos em prazo mais longo ainda não foram adequadamente estudados. Além disso, o canabidiol pode interferir com a quantidade no sangue das medicações que estou utilizando, o que pode diminuir a eficiência delas ou aumentar seus efeitos colaterais indesejáveis.**

**Estou ciente que durante o tratamento podem surgir complicações de diferentes naturezas, como efeitos colaterais ainda não descritos ou reações alérgicas inesperadas.**

**Fui informado que a prescrição é indicada na situação de ausência de resposta de minha doença às outras medicações disponíveis. Também fui informado que o médico responsável poderá responder às minhas dúvidas quando necessário.**

**Sou igualmente sabedor que, apesar do empenho do meu médico, não existe garantia absoluta no resultado desta medicação com relação à melhora dos sintomas da minha doença.**

**Data: 07 / 05 / 2025**

  
\_\_\_\_\_

Paciente/Representante legal

\_\_\_\_\_

Dr. Marcelo Moren Netto