

TERMO DE RECUSA DO MEDICAMENTO PELO PACIENTE

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, leito _____,
Unidade de Internação/CTI _____ na qualidade de () paciente () responsável ou
representante legal (grau de parentesco _____) recusei a receber o medicamento
prescrito _____ no horário de ____:____, cujo a posologia é
_____.

Motivo de recusa: _____

Declaro que fui devidamente informado pela equipe de enfermagem sobre o medicamento a ser administrado, seus efeitos colaterais, reações adversas, prazo do horário de administração, via de administração, bem como as possíveis consequências da sua não administração.

Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os possíveis riscos de piora.

Divinópolis, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Paciente e/ou Responsável

Assinatura da Enfermagem

DECLARAÇÃO DO FARMACÊUTICO

Após esclarecimento ao paciente e/ou acompanhante houve necessidade de acionar a farmácia? Sim () Não (),
Motivo: _____.

Eu, _____, CRF: _____, na
qualidade de farmacêutico (a), expliquei todo o tratamento farmacoterapêutico ao paciente acima identificado
e/ou responsável, os riscos e alternativas referentes à sua recusa em receber o medicamento prescrito
_____ para tratamento de _____, tendo
respondido às perguntas formuladas pelo mesmo. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou
responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de 20 _____

Carimbo e Assinatura do Farmacêutico(a)