

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____
(nome do(a) paciente), CPF _____, declaro ter recebido _____ caneta(s) aplicadora(s) de insulina do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), e que fui claramente orientado em relação à conservação, ao armazenamento e ao descarte correto do produto.

Também estou ciente que a reposição de caneta(s) por parte da Secretaria Municipal de Saúde somente poderá ocorrer nas seguintes situações:

- Em caso de perda, condicionada à apresentação de boletim de ocorrência;
- A substituição do dispositivo (caneta) por motivo de avaria mediante a devolução do produto danificado;
- A impossibilidade de reposições frequentes, salvo em situações devidamente justificadas e avaliadas pela unidade de saúde.

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

- () Insulina humana NPH
() Insulina humana Regular

Estou ciente de que devo procurar a unidade de saúde em casos de reações ou eventos adversos.

Local:
Nome do paciente:
Cartão Nacional de Saúde:
Nome do responsável legal:
Documento de identificação do responsável legal:
Assinatura do paciente ou do responsável legal:
Nome do responsável pelo atendimento:
Assinatura do responsável pelo atendimento:
Data: