

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Os dados abaixo visam orientá-a(o), fornecendo-lhe informações importantes sobre o uso do Produto de Cannabis da ABRAFLORE em animais indicado por sua(seu) médica(o) veterinária(o) e os possíveis riscos associados.

DECLARAÇÃO DO(A) PACIENTE

Eu, _____, tutor(a) e responsável pelo paciente veterinário _____ declaro para os devidos fins e efeitos de direito, que tomei conhecimento de que o animal sob minha tutela é portador da enfermidade _____. Após a avaliação e investigação diagnóstica pela(o) médica(o) veterinária(o) _____, fui informado sobre as possíveis opções de tratamento dos sintomas em decorrência da enfermidade. De acordo com a(o)médica(o) veterinária(o) de minha escolha, as medidas terapêuticas adequadas foram adotadas anteriormente a esta proposta de tratamento que estou escolhendo, tendo sido prescrito este produto de Cannabis.. A(o)médica(o) veterinária(o) me informou que estudos sugerem que esse produto de Cannabis pode melhorar os sintomas que meu animal está apresentando. Fui igualmente informada(o) de que, a exemplo de quaisquer outros procedimentos terapêuticos, o produto de Cannabis da ABRAFLORE não é isento de riscos ou agravos à saúde animal. Além disso, o produto de Cannabis da ABRAFLORE pode interferir com outras medicações o que pode diminuir a eficiência ou aumentar seus possíveis efeitos adversos. Estou ciente que durante o tratamento podem surgir complicações de diferentes naturezas, como possíveis efeitos adversos ainda não descritos ou reações alérgicas inesperadas. Fui informada(o) que o produto de Cannabis da ABRAFLORE ainda não é registrado como medicamento, mas que segue o padrão de qualidade estabelecido pela Anvisa. Também fui informada(o) que a(o)médica(o) veterinária(o) responsável poderá responder às minhas dúvidas quando necessário.

Local e Data

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Paciente ou Representante Legal

Nome completo da(o) médica(o) veterinária(o)