

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
AQUISIÇÃO POR EMPRÉSTIMO DE GLICOSÍMETRO

Eu, _____,
(nome completo)

Declaro que adquiri por empréstimo o aparelho glicosímetro:

Marca: _____ Fabricante: _____

Nº de série: _____ Lote: _____

Retirado na unidade de farmácia municipal _____ para uso pessoal e intransferível pelo período que dele necessitar.

Declaro que recebi todas as orientações de manuseio e conservação no ato de retirada do aparelho, informações disponibilizadas pelos servidores municipais responsáveis pelo atendimento;

Declaro que estou ciente da responsabilidade sobre a tomada de cuidados sobre o aparelho cedido pelo município e que deverei efetuar sua devolução na mesma unidade em que foi retirado, nos casos especificados: estabilidade comprovada do quadro clínico, dispensa da utilização de insulina, final da gestação em caso de diabetes gestacional sem evolução de diabetes após a gestação, óbito do paciente (caso em que algum familiar deverá proceder a devolução) e/ou mudança de município;

Declaro que estou ciente que a troca do aparelho só poderá ser feita mediante apresentação do aparelho defeituoso na unidade de retirada e que após constatação de defeito sem condição de reparo, o mesmo será enviado para a fabricante a fim de efetuar o envio de um novo aparelho, caso em que a obtenção de um aparelho substituto poderá levar um tempo a ser determinado pelo processo de troca.

Paranaguá, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente

Assinatura do servidor responsável



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
AQUISIÇÃO POR EMPRÉSTIMO DE GLICOSÍMETRO

Via do paciente



Declaro que adquiri por empréstimo 1 (um) aparelho glicosímetro retirado na unidade de farmácia municipal _____ para uso pessoal e intransferível pelo período que dele necessitar.

Declaro que recebi todas as orientações de manuseio e conservação no ato de retirada do aparelho, informações disponibilizadas pelos servidores municipais responsáveis pelo atendimento;

Declaro que estou ciente da responsabilidade sobre a tomada de cuidados sobre o aparelho cedido pelo município e que deverei efetuar sua devolução na mesma unidade em que foi retirado, nos casos especificados: estabilidade comprovada do quadro clínico, dispensa da utilização de insulina, final da gestação em caso de diabetes gestacional sem evolução de diabetes após a gestação, óbito do paciente (caso em que algum familiar deverá proceder a devolução) e/ou mudança de município;

Declaro que estou ciente que a troca do aparelho só poderá ser feita mediante apresentação do aparelho defeituoso na unidade de retirada e que após constatação de defeito sem condição de reparo, o mesmo será enviado para a fabricante a fim de efetuar o envio de um novo aparelho, caso em que a obtenção de um aparelho substituto poderá levar um tempo a ser determinado pelo processo de troca.

Paranaguá, _____ de _____ de 20 ____.