

O (A) paciente \_\_\_\_\_ data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

ou seu responsável \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização

ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o n.º \_\_\_\_\_ credenciado pelo Hospital Dona Helena, e todos os demais profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar o tratamento quimioterápico, que inclui a administração dos

seguintes medicamentos: \_\_\_\_\_

Este consentimento e as condutas médicas foram-me explicados de forma clara e objetiva, inclusive em relação à doença oncológica e quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento, também me sendo permitida a realização de perguntas, onde todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Estou ciente que poderá haver **reações de leves à graves** da medicação quimioterápica, como *náuseas, vômitos, diarreia, prostração, diminuição do apetite, queda do cabelo, mucosite (inflamação da mucosa da boca), infertilidade, toxicidades renal, hepática e cardíaca, alteração no exame de sangue (anemia, diminuição das plaquetas e leucócitos), infecções, hemorragias, entre outros.*

Fui prevenido quanto à possibilidade de infecção grave, sendo orientado a procurar o serviço de emergência caso apresente febre, diminuição da consciência ou outra manifestação clínica não habitual.

Fui informado que algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo causar danos teciduais se extravasarem da veia para tecido celular subcutâneo, apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos na administração.

Estou informado a respeito dos dias previstos de tratamento e protocolo estabelecido pelo médico, sendo que este pode ser alterado no decorrer do tratamento.

Informo que tenho ciência de que, sob minha única e exclusiva responsabilidade, devo seguir todas as orientações que me forem repassadas, também quanto à ingestão de medicamentos prescritos, bem como de chás ou outras práticas sem indicação médica.

Fui orientado a não interromper o tratamento e a não iniciar outro tratamento sem o conhecimento do médico.

Declaro que, apesar de todos os tratamentos oncológicos propostos, não me foi assegurado à garantia de cura.

A evolução da doença e/ou toxicidade medicamentosa, podem fazer com que o médico modifique as condutas iniciais tomadas.

Informo que tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas após ter lido e compreendido.

Por livre iniciativa autorizo a administração dos tratamentos quimioterápicos propostos e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações dos medicamentos, conforme a melhor conduta médica.

**Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Joinville (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS**

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

RG Nº

RG Nº

NOME

NOME

Joinville (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.**