

O(A) paciente _____ data de nascimento ____/____/____,
ou seu responsável Sr. _____, 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, para proceder infusões de
medicamento imunobiológico (aplicação de medicamento na veia) prescritos e relacionados abaixo. Declaro ter
sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais,
relacionados ao uso de _____

_____ e
todos que o incluem, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.
Declaro, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de
Ética Médica e no artigo 9 da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos,
sugeriu o tratamento médico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e
sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico. Expresso
também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a
responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Assim, declaro que fui claramente
informado (a) quanto os benefícios, alternativas e riscos do tratamento, bem como sobre as consequências de
não realizá-lo.

Fui também claramente informado (a) a respeito dos potenciais efeitos colaterais, contraindicações, riscos,
interações medicamentosas e advertências a respeito das drogas, a saber:

- Poderei apresentar reações de menor ou maior intensidade, tais como: alergia, febre, náuseas, vômitos, mucosite oral, diarreia, constipação, redução do apetite e redução das células sanguíneas, calafrios, sintomas semelhantes aos da gripe como dores musculares, dor de cabeça e cansaço, rubor súbito e sensação de calor no rosto;
- Poderão, também, surgir situações ainda não diagnosticadas pelos exames presentes, imprevisíveis ou fortuitas, que necessitem exames e tratamentos médicos específicos;

Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado. Assim, o
faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste
documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro
para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos
pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi
e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que o tratamento tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a
evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas
inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências
necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha
ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer
época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa.
Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar,
clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais
por ventura existente.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações
foram prestadas pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**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.