

Por este instrumento, o (a) paciente _____

data de nascimento ____/____/____, portador da C.I. n. _____, e/ou seu

responsável _____, C.I. n. _____, declara(m), para todos os fins legais, que:

1) Fui informado(a) pelo médico que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) relativos ao meu estado de saúde:

2) Compreendi que o tratamento sugerido envolverá a administração de _____

3) Recebi todas as explicações necessárias, em linguagem clara e acessível, quanto à condição oncológica de que sou portador, suas complicações e prognóstico; o tratamento proposto, seus benefícios, riscos e efeitos colaterais; alternativas de tratamento; riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

4) Fui informado(a) dos potenciais riscos de alteração na fertilidade, pela doença e/ou tratamento instituído, sobre os possíveis métodos para minimizar tais riscos e sobre os recursos artificiais para promover futura gravidez, se necessários.

5) Comprometo-me neste ato, por mim ou como responsável pelo paciente, a adotar medidas eficazes e eficientes de contracepção (homens e mulheres) durante todo o tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, bioterapia, pequenas moléculas, anticorpos monoclonais, entre outros) e após seu término, até o período indicado pelo médico.

6) Estou ciente de que, durante todo o tratamento com QUIMIOTERAPIA, na tentativa de melhora ou cura da(s) condição(ões) supracitada(s), poderá(ão) ocorrer outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) referido(s), assim como intercorrências imprevisíveis ou fortuitas, não obstante técnica e indicações apropriadas do tratamento realizado.

7) Estou ciente de que na administração de QUIMIOTERAPIA, e em procedimentos médicos invasivos (biópsias de crista ilíaca e mielograma, punção lombar, paracentese, toracocentese, entre outros) eventualmente necessários para o manejo da doença, podem ocorrer efeitos adversos ou complicações, agudos ou tardios, como, mas não apenas: cansaço/fadiga; reações alérgicas e cutâneas; perda de apetite, aftas, náuseas, vômito, diarreia; anemia, sangramentos, risco de infecção, complicações tromboembólicas; perda de pelos e cabelo; alterações da função sexual, renal, cardíaca e respiratória; alterações da visão, audição e alterações neuromotoras.

8) Estou ciente de que o(s) tratamento(s) e/ou procedimento(s) adotados(s) não assegura(m) a garantia de cura, e que a evolução da doença e/ou o resultado do tratamento pode(m) tornar necessário modificar as condutas inicialmente propostas.

9) Compreendi nada dever omitir em relação à minha saúde e que fica autorizado o acesso à minha ficha clínica, porventura existente noutro estabelecimento médico-hospitalar, e a solicitação de segundas vias de exames laboratoriais e de imagem, entre outros.

10) Por livre e autônoma manifestação da vontade, após ampla discussão de todas as questões levantadas, sentindo-me plenamente esclarecido(a) em todas as dúvidas por mim suscitadas, autorizo a realização de **QUIMIOTERAPIA**, e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, como transfusões de sangue, conforme indicação médica.

11) Esta autorização é dada ao(à) médico(a) _____, inscrito no CRM/SC sob o n.º _____, bem como ao(s) membro(s) de sua equipe e/ou outro(s)

profissionais por ele selecionado(s) a intervir a meu benefício, de acordo com o seu julgamento quanto à necessidade de co-participação.

- 12) Este Termo de Consentimento Informado e Esclarecido está de acordo com as disposições Código de Ética Médica vigente a partir de 13 e abril de 2010, e publicado no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009, em especial com o que determina o artigo 22, Capítulo IV: *“É vedado ao médico deixar de obter consentimento informado do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.”*
- 13) Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações constantes neste documento antes de sua assinatura.
- 14) Consinto, portanto, que o(a) médico(a) acima identificado realize o(s) procedimento(s) e/ou tratamento(s) necessários durante todo o período da QUIMIOTERAPIA, e permito que utilize seu julgamento técnico para alcançar os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina, e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s).
- 15) Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG N°	RG N°
Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora ____:____	

TESTEMUNHAS

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada.

	Nome	Assinatura	RG
1			
2			
Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____			

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: ____:____

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