

Por este instrumento, o (a) paciente _____
portador do RG nº _____ e/ou seu responsável legal
_____, portador do RG nº _____
_____, declara(m) que:

1. Fui informado(a) pelo médico que as avaliações e os exames realizados revelaram as seguintes alterações e diagnóstico(s) no meu estado de saúde: CID _____
2. Recebi todas as explicações necessárias, em linguagem clara e acessível, quanto à(s) patologia(s), tratamento proposto, seus riscos, benefícios, efeitos colaterais, prognóstico, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre as consequências de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).
3. Fui informado(a) do risco de alteração na fertilidade pela doença e/ou tratamento instituído e sobre os métodos possíveis para minimizá-la ou mesmo métodos artificiais para promover uma futura gravidez, sendo definida pela minha livre opção.
4. Comprometo-me, neste ato, por mim ou como responsável pelo paciente, a adotar e seguir medidas eficazes e eficientes de contracepção (homens e mulheres) durante toda a duração do tratamento (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, bioterapia, pequenas moléculas, radioterapia, anticorpos monoclonais, dentre outros) e até o período indicado pelo médico após o seu término.
5. Informo que tenho ciência de que, sob a minha única e exclusiva responsabilidade, devo seguir todas as orientações que me forem passadas, tanto a ingesta dos medicamentos prescritos, bem como as consequências que assumirei em utilizar chás, substâncias, medicamentos ou outras práticas sem indicação médica.
6. Fui orientado a não interromper o tratamento e a não iniciar outro tratamento sem o conhecimento do médico.
7. Estou ciente que a administração de medicamentos quimioterápicos interfere nas células normais do organismo, assim como na necessidade de realização de procedimentos médicos invasivos (biópsias de crista ilíaca ou mielograma, punção lombar, paracentese, toracocentese entre outros) podem causar alguns efeitos colaterais, mas não limitados a: sangramento; náuseas e vômitos; alopecia (queda de cabelos); leucopenia e neutropenia (redução da imunidade do organismo); septicemia (evolução grave e potencialmente fatal de infecções); plaquetopenia ou trombocitopenia (diminuição das plaquetas, o que aumenta o risco de sangramento); anemia; infertilidade; toxicidade cardíaca (alguns quimioterápicos podem causar diminuição da força do coração); mucosite (feridas na boca e garganta); alteração nos rins (redução da "filtração do sangue"); diarreia; alterações na pele; alteração na visão e audição; alterações neuromotoras; perda do apetite; reações alérgicas em diferentes graus.
8. Estou ciente de que alguns medicamentos podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo causar danos teciduais caso extravasarem (saírem das veias), apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos em sua aplicação, bem como as veias podem ficar frágeis indicando a necessidade da implantação de um cateter para dar continuidade na administração segura das medicações.
9. 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.
10. Estou ciente que o(s) tratamento(s) e/ou procedimento(s) adotado(s) não assegura(m) a garantia de cura ou de resultados, e que a evolução da doença e/ou resultado do tratamento pode(m) tornar necessário modificar condutas inicialmente propostas.
11. Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) para tentar curar ou melhorar as condições supracitadas de saúde, poderão ocorrer outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames disponíveis, assim como também poderão ocorrer intercorrências e situações imprevisíveis ou fortuitas, não obstante toda a técnica e boa indicação do tratamento realizado.
12. Compreendi que nada devo 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.

13. Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes da assinatura.
14. Por livre iniciativa, consinto em correr os riscos supramencionados e dou autorização e permissão voluntária para que o(a) médico(a) acima identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados, realize o(s) procedimento(s) e/ou tratamento(s), e permito que se utilize o julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponível no local onde se realiza o(s) tratamento(s), inclusive para minimizar os possíveis efeitos colaterais decorrentes dos procedimentos.
15. Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento a qualquer momento, deixando claro de estar assumindo inteira responsabilidade pelas consequências de fazê-lo contra a recomendação médica.
16. Este Termo de Consentimento Informado e Esclarecido está de acordo com as disposições do novo Código de Ética Médica vigente a partir de 13 de abril de 2010, publicado no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009, em especial com as disposições de seu Capítulo IV, Artigo 22: "É vedado ao médico 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."

Assinatura do paciente ou representante legal

Preenchimento Médico e Enfermagem:

Expliquei de forma clara e objetiva ao(a) próprio(a) paciente e/ou seu responsável legal todo o procedimento, exame, tratamento, benefícios, riscos e alternativas a que o(a) paciente acima referido(a) será submetido, tendo respondido com clareza as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável compreenderam o que lhes foi informado.

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro