

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

_____, declara(m) que:

Eu, acima identificado, na condição de paciente da ONCOLOGIA DO HOSPITAL RIO DOCE, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo o médico _____ e outros médicos oncologistas do serviço e todos os demais profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar o tratamento quimioterápico planejado com o uso auxiliar do equipamento Freddo (registro na ANVISA 80213730015), com o objetivo de resfriamento do couro cabeludo e consequente diminuição do risco de perda de cabelos decorrente do tratamento de quimioterapia.

Este consentimento e as condutas médicas, foram-me explicados de forma clara e objetiva, inclusive em relação à chance de sucesso e percentual de diminuição dos pelos e do cabelo. Foi também explicado quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento, também me sendo permitido a realização de perguntas, onde todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Estou ciente que poderá haver reações leves com o resfriamento do couro cabeludo durante a quimioterapia, como dor de cabeça, frio intenso na região do couro cabeludo, entre outros. Também estou ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a infusão da quimioterapia, e o médico assistente julgar necessário, o tratamento auxiliado pelo equipamento Freddo será suspenso. Declaro estar ciente que, apesar de todos os tratamentos oncológicos propostos, e com o uso do equipamento auxiliar Freddo, não me foi assegurado a garantia de cura, nem a garantia de não perda dos cabelos. A evolução da doença e/ou toxicidade medicamentosa, podem fazer com que o médico modifique as condutas iniciais tomadas.

Expressamente autorizo a FUNDAÇÃO BENEFICIENTE RIO DOCE, Entidade Filantrópica Sem Fins Lucrativos, com sede na cidade de Linhares, Estado do Espírito Santo, na Avenida João Felipe Calmon, 1245, Centro, CEP 29900-010, inscrita no CNPJ/ME sob o nº 27.836.329/001-43, a usar o nome, voz e imagem, em caráter gratuito, por tempo indeterminado para os seguintes fins: Divulgação da Touca de Crioterapia CAPELLI.

Possuo o direito de revogar esta autorização de tratamento a qualquer momento, assumindo a inteira responsabilidade por esta decisão. 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. Este documento possui 02 vias, uma entregue ao paciente e/ou responsável.

Linhares, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente ou Representante Legal

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro