[redacted]

Termo de Ciência e Consentimento na Terapia Antineoplásica

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico acima identificado, ao qual será submetido. Assim em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016[i], serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal	
Nome:	
Data de nascimento:	
Tipo de Documento De Identificação:	**Nº:**

Pelo presente instrumento, Eu _____ (nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável), data de nascimento: _____

CPF _____ *declaro que:*

1º) Recebi todas as explicações quanto aos benefícios, alternativas e riscos do tratamento, bem como sobre as consequências de não realizá-lo;

2º) Estou ciente de que poderei apresentar reações de menor ou maior intensidade, tais como: alergias, tremores, febre, queda de cabelos, náuseas, vômitos, mucosite oral, diarreia, constipação, redução do apetite e redução das células sanguíneas, trombose e alterações neuromotoras;

3º) Estou ciente de que nos casos em que eu apresentar febre acima de 37,8 ºC, deverei procurar um hospital para atendimento imediato, pelo motivo de uma possível infecção oportunista causada pela queda das células de defesa, também conhecida como Neutropenia Febril, que a caracteriza como uma urgência médica, pois a evolução da mesma sem o tratamento específico pode levar a morte.

4º) Estou ciente que alguns medicamentos podem apresentar reações particulares, tais como:

Alteração no paladar, redução ou perda do apetite, alterações cardíacas, pulmonares, cutâneas, conforme orientações dadas pelo médico que fez o atendimento.

5º) Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante este tratamento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6º) Devido à necessidade de adoção de medidas efetivas de contracepção (homens e mulheres), pelo risco de aborto ou malformação congênitas, comprometo-me a utilizar um método contraceptivo a fim de evitar gestação, durante toda a duração do tratamento (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, utilização de pequenas moléculas, de anticorpos monoclonais, dentre outros) e até o período indicado pelo médico após seu término.

7º) Fui informado sobre o risco de alterações na fertilidade ocasionada pela doença ou tratamento instituído, sobre métodos possíveis para minimizá-lo ou alternativas artificiais para promover uma futura gravidez, sendo definida pela minha escolha.

[redacted]

8º) Estou ciente que apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos em sua aplicação, algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo causar dano tecidual se extravasarem.

9º) Estou ciente dos cuidados eu devo ter, tais como: Proteger a pele da luz solar; ao se depilar e fazer a barba ter bastante cuidado para não se cortar; evitar retirar cutículas e ser cuidadoso(a) ao cortar as unhas; caso sinta ressecamento da pele ou descamação, passar hidratante que não contenha álcool e qualquer dúvida entrar em contato com a equipe de enfermagem para orientações gerais.

10º) Estou ciente que poderão, entretanto, surgir situações ainda não diagnosticadas pelos exames presentes, imprevisíveis ou fortuitas, que necessitem exames e tratamentos médicos específicos;

11º) Informo que tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas após ter lido e compreendido a natureza do procedimento terapêutico a que serei submetido;

12º)Consinto, portanto, ao(à) médico(a), demais membros de sua equipe e à equipe assistencial da São Bernardo Oncologia a realizarem o(s) procedimento(s) e permito também que utilizem os seus próprios julgamentos técnicos para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s);

13º) 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 antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

14º) Este termo de Consentimento Livre 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, especialmente no que diz respeito ao capítulo IV, artigo 22 que versa: “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 risco iminente de morte”.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável:

_____

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1._____.
CPF: _____.

2. _____.
CPF: _____.

Colatina / ES, _____ de _____de _____.

[redacted]

A ser preenchido pelo médico:

Identificação Do Médico		
Nome:		
CRM:	**Tipo:**	**Nº:**

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento a que será submetido.

Carimbo / Assinatura do Médico:

_____.

Colatina / ES, _____ de _____de _____.

i Recomendação do CFM nº 01/2016: “O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.”