

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PULSOTERAPIA

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento acima identificado, ao qual será submetido. Assim em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016ⁱ, 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:

Eu acima identificado, na condição de paciente do São Bernardo Apart Hospital ou de responsável legal pelo paciente

_____, data de nascimento: _____ estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO, a realização da pulsoterapia.

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

Nome: _____

Registro Profissional (CRM/Coren/CREFITO/Outro): _____

1. FINALIDADE DO TRATAMENTO

A pulsoterapia consiste na administração de doses elevadas de corticosteroides por um curto período, geralmente por via intravenosa, com o objetivo de tratar processos inflamatórios e/ou autoimunes agudos, visando à rápida melhora do quadro clínico.

2. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O procedimento será realizado por meio de infusão intravenosa de medicamentos, como metilprednisolona ou outro corticosteroide prescrito, durante um período que varia

de 1 a 3 horas, conforme a dose e o protocolo estabelecido pelo profissional responsável.

O número de sessões será definido de acordo com a necessidade clínica e a resposta do paciente.

3. BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Redução rápida do processo inflamatório.
- Controle de surtos de doenças autoimunes e inflamatórias.
- Prevenção de complicações associadas ao quadro clínico.

4. POSSÍVEIS RISCOS E EFEITOS ADVERSOS

Estou ciente de que, apesar dos benefícios esperados, podem ocorrer efeitos adversos, incluindo, mas não se limitando a:

- Aumento transitório da glicemia (açúcar no sangue);
- Aumento da pressão arterial;
- Insônia, agitação, ansiedade;
- Alterações gastrointestinais (náuseas, desconforto abdominal);
- Sensação de calor e rubor facial;
- Alterações no humor;
- Diminuição da imunidade, com maior risco de infecções;
- Osteoporose em tratamentos prolongados (não comum na pulsoterapia isolada);
- Reações alérgicas (raro, mas possível);
- Outros efeitos específicos, que serão esclarecidos pelo profissional.

5. CONTRAINDICAÇÕES E CUIDADOS

Informe ao profissional sobre minhas condições de saúde, especialmente:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensão
- ☐ Doenças cardíacas
- ☐ Alergias medicamentosas
- ☐ Outras: _____

Se surgirem sinais como falta de ar, inchaço, febre, dor intensa ou outros sintomas incomuns, devo comunicar imediatamente o profissional responsável.

6. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO

Fui informado(a) sobre alternativas terapêuticas, bem como os riscos da não realização da pulsoterapia, incluindo a possível progressão da doença e agravamento do quadro clínico.

7. CONSENTIMENTO

Declaro que:

- Recebi informações claras, completas e compreensíveis sobre o procedimento, seus benefícios, riscos, possíveis efeitos colaterais e alternativas.

- Tive oportunidade para esclarecer todas as dúvidas com o profissional.
- Autorizo, de livre e espontânea vontade, a realização da pulsoterapia conforme indicado.

Estou ciente de que posso, a qualquer momento, solicitar a interrupção do tratamento.

OBSERVAÇÃO: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável:

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

1. _____.

CPF: _____.

2. _____.

CPF: _____.

Assinatura do Profissional Responsável:

Colatina / ES, ____ de _____ de _____.

¶ 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."