[redacted]

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USO DE TOUCA DE RESFRIAMENTO CAPILAR

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:**

Eu, _____, *(nome do paciente ou responsável legal)***,** data de nascimento_____ declaro que fui devidamente informado(a) pela equipe de saúde sobre **O USO DA TOUCA DE RESFRIAMENTO CAPILAR.**

1. FINALIDADE DO PROCEDIMENTO

Fui informado(a) de que o uso da touca de resfriamento é um procedimento opcional e complementar, que tem por objetivo reduzir a queda de cabelo (alopecia) decorrente do tratamento quimioterápico. A touca resfria o couro cabeludo, promovendo vasoconstrição local e diminuindo a absorção do medicamento pelos folículos capilares.

2. BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Redução da perda de cabelo durante o tratamento quimioterápico.
- Contribuição para o bem-estar emocional e autoestima durante o tratamento.

3. POSSÍVEIS RISCOS E EFEITOS ADVERSOS

- Fui esclarecido(a) sobre os possíveis desconfortos e riscos:
- Sensação intensa de frio, calafrios ou dor de cabeça.
- Náuseas ou tontura durante ou após o uso.
- Irritação no couro cabeludo, vermelhidão ou lesões locais.
- Risco teórico de metástases no couro cabeludo (embora sem evidência científica conclusiva).
- Possibilidade de não obtenção do resultado esperado (queda de cabelo ainda pode ocorrer, mesmo com o uso da touca).

[redacted]

4. CONTRAINDICAÇÕES

Fui informado(a) de que o procedimento é **contraindicado** em alguns casos, como:

- Tumores hematológicos (como leucemias e linfomas).
- Alergia ao frio, doença de Raynaud ou outras condições que contraindiquem a exposição prolongada ao frio.

5. ALTERNATIVAS

Estou ciente de que o **não uso da touca de resfriamento não interfere na eficácia do tratamento oncológico**, e que outras formas de enfrentamento da alopecia podem ser consideradas.

6. DIREITO DE RETIRADA DO CONSENTIMENTO

Tenho o direito de **recusar ou interromper** o uso da touca a qualquer momento, sem prejuízo ao meu tratamento.

7. ESCLARECIMENTOS

Declaro que recebi **explicações claras e suficientes** sobre o procedimento, seus objetivos, benefícios, riscos, limitações e alternativas.
Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram devidamente esclarecidas.

8. AUTORIZAÇÃO

Declaro que **autorizo** o uso da touca de resfriamento durante meu tratamento quimioterápico, conforme descrito acima.

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

1._____.
CPF: _____.

2. _____.
CPF: _____.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal:

_____

Assinatura do Profissional Responsável:

_____

Colatina, _____ de _____de 20____.

[redacted]

São Bernardo
APART HOSPITAL

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.”