

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta
	Nome: _____

	Data de Nascimento: / /
	Prontuário:
Convênio:	

Termo De Consentimento Livre E Esclarecido Para Tratamento Oncológico

CONSIDERANDO:

I – A dignidade da pessoa humana como princípio fundamental da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, da Constituição Federal) e sendo inviolável o direito à liberdade (art. 5º da Constituição Federal);

II – A capacidade civil, à autonomia de vontade e o abuso de direito previstos no Código Civil brasileiro;

III – As disposições sobre normas éticas para recusa terapêutica dispostas na Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina;

IV – As disposições sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes dispostas na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina; e

V – O dever do fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade (art. 9ª da Lei nº 8.078/90);

VI – As disposições do Código de Ética Médica, especialmente acerca dos deveres dos médicos previstos nos arts. 22, 24, 31 e 34, que compreendem: obter consentimento do paciente ou do seu representante legal, salvo em caso de risco iminente de morte; garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte; e informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal; e

VIII – A lucidez e a capacidade cognitiva do(a) paciente/representante legal que firma o presente termo.

Eu, _____, na qualidade de () paciente () responsável - grau de parentesco _____, data de nascimento ____/____/____, inscrito(a) no CPF nº _____, **DECLARO** ter sido devidamente informado(a), em linguagem clara, objetiva e compreensível pela equipe médica do Hospital do Círculo, que:

I – A análise dos exames e quadro clínico revelaram o diagnóstico de _____ CID _____;

II – Diante do atual quadro clínico, meios, alternativas e formas de tratamentos disponíveis, atendendo a melhor literatura e boa prática médica, há indicação de tratamento oncológico com a pretensão de combater a doença, através da utilização do(s) seguinte(s) Medicamento(s): _____

III – Reconheço a possibilidade de efeitos colaterais e de reações adversas ao tratamento indicado, durante ou pós o período de administração, tais como: _____

IV – Estou ciente que o tratamento poderá ser prolongado, necessitando várias sessões de tratamento;

V – Caso se fizerem necessários, eu () autorizo () não autorizo, de forma voluntária, a tomada de procedimentos para solucionar qualquer intercorrência que eventualmente ocorra em função do procedimento realizado;

VI - Eu () autorizo () não autorizo a realização de procedimento de transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;

VIII - Diante das informações prestadas pela equipe de profissionais da saúde do Hospital do Círculo, por escrito e verbalmente, de forma clara e compreensível, as quais não deixaram dúvidas, ratifico, neste ato, a minha livre e inequívoca decisão **consentir** com o tratamento quimioterápico acima identificado;

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento: / /
	Prontuário: Convênio:

IX - Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à realização do procedimento e ter tido tempo para reflexão após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

X - Compreendo as explicações que me foram prestadas, estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas e reservo-me o direito de revogar, por escrito, este consentimento a qualquer tempo, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento.

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente/responsável

Eu, Dr(a). _____ CRM _____

DECLARO que expliquei ao Sr(a). _____, de forma clara e objetiva, toda a situação clínica, a indicação do tratamento quimioterápico referido, conforme a melhor e atual literatura médica, bem como sobre os benefícios, riscos mais frequentes e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu(sua) responsável firmatário(a), está lúcido(a), orientado(a) e tem condições de compreender o que lhes foi informado.

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura, carimbo do(a) médico(a) e CRM

Testemunhas:

Nome: _____ Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____ - _____

Cópia controlada
12/11/2021