

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Etiqueta de identificação do paciente | Preencher quando não houver etiqueta:                   |
|                                       | Nome: _____<br>_____                                    |
|                                       | Data de Nascimento:    /    /         Prontuário: _____ |
|                                       | Convênio: _____   |

## Termo De Consentimento Livre E Esclarecido Para Tratamento Oncológico (Quimioterapia, Imunoterapia, Anticorpos Monoclonais, Hormonioterapia)

**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;

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. 9º 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;

VII – As disposições sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes dispostas na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina; 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<sup>1</sup> \_\_\_\_\_, 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 revela o diagnóstico de: \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_;

**II -** Através dos conhecimentos científicos atuais, conforme a melhor e atual literatura médica e na Medicina baseada em evidências, há indicação para realização do(s) tratamento através da administração/fornecimento dos seguintes medicamentos

\_\_\_\_\_ com a finalidade de \_\_\_\_\_ não sendo assegurada garantia de cura;

**III -** O protocolo estabelecido, poderá ser alterado no decorrer do tratamento;

**IV -** Eu estou ciente que em caso de administração de medicação endovenosa (medicação injetada na veias) poderão ocorrer efeitos adversos, como por exemplo: náuseas, vômitos, diarreia, fraqueza, diminuição do apetite, queda de cabelo, perda de pelos, mucosite (inflamação da parte interna da boca), infertilidade, toxicidades renal, hepática e cardíaca, alterações no exame de sangue (anemia, diminuição das plaquetas e leucócitos), infecções, hemorragias, entre outros;

**V -** O tratamento indicado, acima referido, e a toxicidade dos seus componentes podem reduzir as defesas (imunidade) do meu organismo e eu estou ciente (  ) SIM (  ) NÃO da **possibilidade de contrair infecção grave** e fui orientado(a) a contatar imediatamente o meu médico assistente e/ou procurar o serviço de emergência de saúde, caso eu apresente febre (temperatura corporal acima de 37,8º), diminuição da consciência ou outra manifestação clínica não habitual;

**VI -** Estou ciente que algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas ou mesmo causar danos teciduais se extravasarem (saírem das veias), apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos na administração, ocasionando danos na pele (como por exemplo: necrose e úlceras).

<sup>1</sup> Parentes de primeiro e segundo grau (pais, irmãos, avós e netos), tutor(a), curador(a), cônjuge ou companheiro(a).

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Etiqueta de identificação do paciente | Preencher quando não houver etiqueta:                   |
|                                       | Nome: _____<br>_____                                    |
|                                       | Data de Nascimento:    /    /         Prontuário: _____ |
|                                       | Convênio:   |

**VII** - Pacientes do sexo feminino: Estou ciente ( ) SIM ( ) NÃO de que **devo adotar medidas efetivas de contracepção** a fim de evitar gestação durante toda a duração do tratamento pelo risco de aborto ou malformações congênitas do feto e me comprometo ( ) SIM ( ) NÃO a utilizar método(s) contraceptivo(s), como por exemplo: o preservativo e os dispositivos intrauterinos (DIU), e considerar que o uso de anticoncepcionais são ( ) SIM ( ) NÃO indicados, até o período indicado pelo médico: \_\_\_\_\_;

**VIII** - Estou ciente ( ) SIM ( ) NÃO sobre o **risco de alteração na fertilidade** ocasionada pela doença ou tratamento instituído, sobre métodos possíveis para minimizá-lo ou alternativas artificiais para promover uma futura gravidez, a ser definida pela minha livre escolha;

**IX** - Estou ciente ( ) SIM ( ) NÃO a não interromper o tratamento oncológico e a não iniciar outro tratamento sem o conhecimento do meu médico assistente;

**X** - Estou ciente ( ) SIM ( ) NÃO que, sob minha única e exclusiva responsabilidade, devo seguir todas as orientações que me forem repassadas.

**XI** - Diante das informações prestadas pela equipe de profissionais da saúde do Hospital do Círculo, por escrito e verbalmente, as quais não deixaram dúvidas, ratifico, neste ato, a minha livre e inequívoca decisão **consentir** a realização do tratamento acima assinalado.

**XII** - 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, estou ciente que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado; e

**XIII** - 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.

Caxias do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente/responsável

Eu, Dr(a). \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ **DECLARO** que expliquei ao(a) Sr(a). \_\_\_\_\_, de forma clara e objetiva, sobre a doença e o tratamento ao qual o(a) paciente acima identificado(a) está sujeito(a), 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