

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA</b>	Código	RQ 16
		Revisão	04
		Páginas	01

<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL</b>
<b>Nome:</b> _____
<b>Doc. Identificação:</b> _____

Eu acima identificado, na condição de paciente do GTTO Grupo de Tratamento Oncológico ou de responsável legal pelo paciente, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o Dr. \_\_\_\_\_ CRM n° \_\_\_\_\_, seus assistentes e todos os demais profissionais vinculados à assistência, credenciados pelo GTTO Grupo de Tratamento Oncológico, a realizar tratamentos oncológicos, hematológicos ou imunológicos propostos, que inclui os seguintes medicamentos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este tratamento me foi explicado de forma clara pelo Dr. \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da patologia diagnosticada.

Estou ciente que a utilização destes medicamentos está proposta para um período de \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ ciclos de tratamento.

Estou ciente que poderão ocorrer reações de menor ou maior intensidade, tais como: alergias, tremores, febre, queda de cabelo, náuseas, vômitos, fadiga, mucosite oral, diarreia, constipação, redução do apetite e redução das células sanguíneas, entre outras complicações mais raras e complexas.

Estou ciente de que algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo causar danos teciduais se extravasarem, apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos em sua aplicação.

Estou ciente ainda que, consoante disposição legal expressa, Código de Ética Médica, é vedado ao médico efetuar qualquer tratamento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida. Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado. Por livre iniciativa autorizo que o(s) tratamento(s) sejam(m) realizado(s) da forma como foi exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico do médico acima autorizado e equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realizam o(s) tratamento(s).

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, AUTORIZANDO a realização do tratamento.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela aplicação do termo

**TESTEMUNHAS**

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_