

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### QUIMIOTERAPIA

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, \_\_\_\_\_  
Identidade n°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_,  
autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ e sua equipe a  
efetuar tratamento de quimioterapia. Declaro estar devidamente informado (a)  
dos riscos presentes ao referido tratamento, bem como do surgimento de  
complicações inerentes ao quadro, especialmente efeitos colaterais e  
desconforto. Isso porque as drogas utilizadas podem causar náuseas, vômitos,  
queda de cabelo e da imunidade, tornando-a susceptível a infecções as quais  
poderão requerer internação ou outros procedimentos adicionais. Em face dos  
esclarecimentos prestados, já ciente do procedimento a ser adotado, assim  
como de suas limitações, com pleno conhecimento dos riscos e possíveis  
complicações relacionadas, informo meu CONSENTIMENTO para sua  
realização, extensivo aos assistentes da equipe do profissional supra referido,  
que agirão sob sua direção.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura/CRM/carimbo do médico  
responsável pelo  
Termo de Consentimento