

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - Tratamento Quimioterápico

NOME: _____ RG: _____

Eu, acima identificado, na condição de paciente ou de responsável legal pelo paciente _____, autorizo o médico _____, CRM _____, outros médicos do serviço e todos os demais profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar o tratamento quimioterápico, que inclui a administração dos seguintes medicamentos: _____.

Este consentimento e as condutas médicas, foram-me explicados de forma clara e objetiva, inclusive em relação à doença oncológica e quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento.

Estou ciente que poderá haver reações leves a graves da medicação quimioterápica, como náuseas, vômitos, diarreia, prostração, diminuição do apetite, queda do cabelo, mucosite (inflamação da mucosa da boca), infertilidade, toxicidades renal, hepática e cardíaca, alteração no exame de sangue (anemia, diminuição das plaquetas e leucócitos), infecções, hemorragias, entre outros. Também estou ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a infusão da quimioterapia antineoplásica, e o médico assistente julgar necessário, serei encaminhado ao Pronto Atendimento (paciente ambulatorio) ou ao CTI (paciente internado), juntamente com enfermeiro responsável, para devida assistência especializada.

Estou ciente que algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo causar danos teciduais se extravasarem da veia para tecido celular subcutâneo, apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos na administração.

Declaro estar ciente que, apesar de todos os tratamentos oncológicos propostos, não me foi assegurado a garantia de cura. A evolução da doença e/ou toxicidade medicamentosa, podem fazer com que o médico modifique as condutas iniciais tomadas.

Possuo o direito de revogar estas autorizações de tratamento a qualquer momento, assumindo a inteira responsabilidade por esta decisão.

Por livre iniciativa autorizo a administração dos tratamentos quimioterápicos propostos e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações dos medicamentos, conforme a melhor conduta médica.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente e/ou responsável

Assinatura do médico responsável

Testemunha 1

Testemunha 2