

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: () Paciente e ou () Responsável: _____, quanto aos principais aspectos relacionados a **QUIMIOTERAPIA** e ou a realização de Procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de Colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, Profissionais especializados e Empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) **Procedimentos:** é um tratamento que utiliza medicamentos para destruir as células doentes que formam um tumor. Dentro do corpo humano, cada medicamento age de uma maneira diferente. Por este motivo são utilizados vários tipos a cada vez que o paciente recebe o tratamento. O tratamento é administrado por enfermeiros especializados e auxiliares de enfermagem, podendo ser feito das seguintes maneiras: via oral (pela boca): o paciente ingere pela boca o medicamento na forma de comprimidos, cápsulas e líquidos. Pode ser feito em casa. Intravenosa (pela veia): a medicação é aplicada diretamente na veia ou por meio de cateter (um tubo fino colocado na veia), na forma de injeções ou dentro do soro. Intramuscular (pelo músculo): a medicação é aplicada por meio de injeções no músculo. Subcutânea (pela pele): a medicação é aplicada por injeções, por baixo da pele. Intracranial (pela espinha dorsal): menos freqüente, podendo ser aplicada no líquido (líquido da espinha), pelo próprio médico ou no centro cirúrgico. Tópico (sobre a pele ou mucosa): o medicamento (líquido ou pomada) é aplicado na região afetada.

2) **Complicações e Riscos:** fraqueza, diarreia, perda de peso, feridas na boca, queda de cabelos e outros pêlos do corpo, enjôo, vômitos, tonteados, após a aplicação, deve descansar, evitando passeios.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização da **QUIMIOTERAPIA** e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **QUIMIOTERAPIA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos resultados.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Divinópolis _____ de _____ de _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

Quimioterapia

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **QUIMIOTERAPIA** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

completo: _____ CRM: _____

Assinatura