

Terapia Neoplásica

Consentimento Informado

Por este instrumento, eu _____
(nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável)
_____, declaro que:
(identidade nº / órgão)

1º) fui informado (a) pelo(a) médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram o(s) seguinte(s) diagnóstico:

2º) a Terapia Antineoplásica proposta inclui os seguintes medicamentos:

3º) recebi todas as explicações quanto aos benefícios, alternativas e riscos do tratamento, bem como sobre as consequências de não realizá-lo;

4º) estou ciente de que poderei apresentar reações de menor ou maior intensidade, tais como: alergias, tremores, febre, queda de cabelos, náuseas, vômitos, mucosite oral, diarreia, constipação, redução do apetite e redução das células sanguíneas;

5º) estou ciente que alguns medicamentos podem apresentar reações particulares, tais como:

Alteração no paladar, sensibilidade, alterações cardíacas, pulmonares, cutâneas, conforme orientações dadas pelo médico que fez o atendimento.

6º) estou ciente que apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos em sua aplicação, algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo causar dano tecidual se extravasarem.

7º) estou ciente que poderão, entretanto, surgir situações ainda não diagnosticadas pelos exames presentes, imprevisíveis ou fortuitas, que necessitem exames e tratamentos médicos específicos;

8º) informo que tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas após ter lido e compreendido a natureza do procedimento terapêutico a que serei submetido;

9º) consinto, portanto, ao(à) médico(a) _____,
(nome do(a) médico(a) por extenso)

demaís membros de sua equipe e à equipe assistencial do Hospital São Paulo – Serviço de Oncologia a realizarem o(s) procedimento(s) e permito também que utilizem os seus próprios julgamentos técnicos para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s);

10º) apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido

esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Ituverava, ____ de _____ de 20__.

(assinatura do(a) paciente)

(assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente)

No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento.

(Nome do responsável) (identidade nº / órgão)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e confirmado, até o momento de sua realização .

Ituverava, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) médico(a)
CRM: