



- TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - QUIMIOTERAPIA

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ CPF: _____

RG: _____ / Telefone: _____

Endereço: _____

2) Declaro para os devidos fins, que o médico assistente do serviço de Quimioterapia da Fundação Hospitalar do Município de Varginha – FHOMUV – Centro de Oncologia Dr. Alfredo Peixoto Cavalcanti, explicou-me e eu entendi e aceitei, que devo me submeter a quimioterapia como forma de tratamento cujo objetivo é combater o câncer. É uma combinação de medicamentos, que têm a função de atuar nas células tumorais, visando destruí-las, assim conter o avanço ou aliviar os sintomas causados pela progressão da doença.

3) Nesse tratamento serão realizadas aplicações em intervalos que podem variar entre uma ou quatro semanas para dar tempo ao organismo de se recuperar. Pode ser administrado via oral (através de comprimidos), através da punção da veia (por meio de soro) e através de injeções intramusculares.

4) Estou ciente que a duração do tratamento não é fixa, podendo ser alterado em função de vários fatores, como por exemplo, o resultado dos exames de sangue e radiografia feitas periodicamente.

5) Os possíveis efeitos colaterais decorrentes da quimioterapia foram-me esclarecidos, e podem ser os seguintes: náuseas, vômitos, mucosite (ferida na boca), febre, diarreia, queda de cabelo, alterações hormonais, infertilidade, queda de glóbulos brancos, com aumento do risco de infecções graves, anemia, reações alérgicas que podem ser severas, alterações neurológicas -neurites e alterações em veias – flebites.

6) Estou ciente de que a lista de efeitos colaterais deste formulário podem não incluir todos os efeitos conhecidos ou possíveis de acontecer neste tratamento, mas é a lista de efeitos colaterais mais comuns e severos. Estou ciente de que posso ou não vir a ter um, ou mais de um, todos ou outros efeitos colaterais, e que tal fato depende do organismo de quem recebe a quimioterapia.

7) Estou ciente que apesar dos cuidados e experiências dos profissionais envolvidos em sua aplicação, algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo causar dano tecidual se extravasarem.

8) Estou ciente que, exclusivamente no caso de exposição acidental (de servidores e/ou terceiros), a risco biológico, tendo como paciente fonte a minha pessoa, declaro desde já, que autorizo, ser colhida amostras de meu sangue para serem efetuados exames sorológicos, tais como: Hepatites, AIDS, etc; exclusivamente com objetivo de avaliar necessidade de condutas profiláticas para servi-las ao acidentado;

9) Não há garantia absoluta que o câncer será curado unicamente com o tratamento, podendo haver necessidade de outros procedimentos para o mesmo.

10) É imprescindível, a presença constante de um acompanhante em tempo integral com o paciente durante o tratamento quimioterápico.

11) Por este Termo de Consentimento Informado, confirmo que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo todos os possíveis efeitos, riscos e benefícios decorrentes deste tratamento, e por tais condições PERMITO que seja realizada em mim a quimioterapia pelo tempo e na frequência que me for prescrito.

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

Varginha, _____ de _____ de _____.



FHOMUV - Fundação Hospitalar do Município de Varginha - HOSPITAL BOM PASTOR

RUA PRESIDENTE TANCREDO NEVES – Nº 500 /BAIRRO BOM PASTOR - CEP:37. 014-460 - VARGINHA – MG / TEL. : (35) 3690.1000 / 3690.1001 /
Site: www.fhomuv.com.br

12) Declaro que é possível a qualquer momento, revogar o meu consentimento.

Revogo o consentimento prestado no dia e afirmo que não desejo prosseguir com o tratamento quimioterápico que me foi proposto, o qual dou como finalizado nesta data.

Varginha, _____ de _____ de _____ às ____ horas e ____ minutos.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do Médico responsável

TESTEMUNHAS:

Nome / RG

Nome / RG

DECLARAÇÃO MÉDICA	
Declaro para os fins legais que esclareci o paciente e/ou responsável sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis terapêuticas alternativas, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas e sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos. Respondi a todas as perguntas formuladas pelo paciente e/ou responsável e acredito ter sido compreendido.	
Nome do médico:	
Nº do CRM:	
Assinatura do médico:	
Testemunhas:	
Nome:	
Nº RG:	
Assinatura:	
Nome:	
Nº RG:	
Assinatura:	