



## - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - RADIOTERAPIA/BRAQUITERAPIA

### IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ / Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_,  
(nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável)  
\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_, declaro que:

(identidade nº / órgão)

1) fui informado(a) pelo(a) médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e/ou diagnóstico(s) de meu estado de saúde:

Neoplasia Maligna do(a) \_\_\_\_\_

2) recebi todas as explicações habitualmente necessárias quanto aos benefícios, riscos, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3) diante da possibilidade ocorrência de situações imprevistas e que determinem a necessidade de cuidados diversos daqueles inicialmente propostos, AUTORIZO a realização de quaisquer outros procedimentos/tratamentos necessários para meu cuidado, no intuito de preservar e/ou manter minha saúde/vida, especialmente para os casos emergenciais. 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;

4) estou ciente de que, durante o procedimento de: Radioterapia/Braquiterapia do(a)(local) \_\_\_\_\_ para tentar curar, ou melhorar a condição, poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) que não era(m) previsível(eis) antes de iniciado o mencionado procedimento; ou eram previsíveis, porém inevitáveis;

5) estou ciente dos riscos do tratamento, seja pela radiação, seja pelas condições clínicas (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade...), podendo ocorrer complicações comuns e potencialmente sérias, exigindo tratamentos clínicos complementares;

6) fui informado(a) que o tabagismo (fumo) é um fator que, embora não impeça a realização do tratamento de radioterapia, não é recomendado;

7) fui esclarecido(a) que as radiações aplicadas sobre os tecidos agredem as células em divisão, ocasionando reações adversas de maior ou menor intensidade, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos;

7.1) nas irradiações em tumores de cabeça e pescoço, podem ocorrer: queda de cabelo localizada, inflamação na mucosa, aftas, irritação na gengiva, na garganta e ferida na boca, diminuição da salivação e alteração de paladar;

7.2) nas irradiações do abdômen e/ou da pelve estiverem sendo tratadas podem ocorrer diarreia, náuseas, vômitos;

7.3) poderá haver redução da produção das células do sangue, principalmente quando a coluna e o quadril estiverem sendo tratados;

7.4) reações na pele (vermelhidão, ardor, alteração na pigmentação e descamação);

7.5) nas irradiações da pelve poderá ocorrer irritação na bexiga, ardência ao urinar, eventual dor e



**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

sangramento;

**7.6)** estou ciente que no atual estágio de conhecimento científico, apesar de todos os recursos técnicos disponíveis e precauções empregadas, não há garantia de que o tratamento alcance os resultados desejados;

**8)** fui também informado(a) que, recebendo radioterapia externa o paciente não se torna radioativo e que o(s) efeito(s) colateral(is) têm duração variável. Na maioria das vezes desaparecem após algumas semanas, mas podem perdurar por muitos anos;

**9)** se for necessário, autorizo o Hospital Bom Pastor e o médico a utilizar as informações clínicas ou epidemiológicas de meu tratamento como objeto de estudo, pesquisa e/ou publicações médicas, desde que seja preservado minha identidade ou algo que possa me identificar publicamente;

**10)** se for necessário, autorizo a ter a pele tatuada com pequenas e permanentes marcas, a fim de demarcar as áreas de tratamento radioterápico;

**11)** se no momento do procedimento surgir algum imprevisto, a equipe assistencial tomará as providências necessárias;

**12)** por livre iniciativa aceito correr os riscos supra mencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

**13)** tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s);

**14)** consinto, portanto, ao(à) médico(a) supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s);

**15)** 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.

Varginha, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ às \_\_\_ horas e \_\_\_ minutos.

**16)** 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

**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

**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:**