

Termo de Ciência e Consentimento

TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____

Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____

Filiação: _____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____,
declaro que no dia de de 20....., às : (hh:mm):

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Recebi as informações necessárias quanto aos benefícios e as probabilidades de êxito desta terapia;

Compreendi, no entanto, que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independente da eficiência das medicações escolhidas e dos cuidados médicos;

Estou ciente de que, durante o uso das medicações, ou mesmo após este, poderão apresentar-se outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergências que necessitem mudanças e adaptações do procedimento proposto;

Estou ciente de que no tratamento do câncer, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como reações à infusão das medicações, náuseas, vômitos, diarreia, sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e urinários, os quais podem levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente, e até ao óbito;

Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes: _____

Termo de Ciência e Consentimento

TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados 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 e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

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).

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

Termo de Ciência e Consentimento

TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____

Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____

Filiação: _____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

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, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____