

# Termo de Ciência e Consentimento

## RADIOEMBOLIZAÇÃO COM MICROESFERAS MARCADAS COM Y-90

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: tumor no fígado.

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento: radioembolização transarterial hepática utilizando microesferas marcadas com ítrio-90.

### O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado(a) que este procedimento não tem finalidade curativa. Os seus objetivos são tentar melhorar minha qualidade de vida e diminuir a velocidade de progressão da doença no meu fígado. Entendi que esta intervenção é dividida em duas etapas. Na primeira, uma equipe multidisciplinar, composta de oncologista, cirurgião vascular, radiologista e médico nuclear discutiu minha situação, e, em conjunto comigo, decidimos realizá-lo. Compreendi que antes do tratamento alguns exames de imagem como tomografia contrastada do fígado e cintilografia de perfusão hepática são necessários para avaliar se posso me submeter ao tratamento e decidir qual a dose do material radioativo que devo receber.

Compreendi que nesta primeira etapa, o procedimento será realizado no Serviço de Hemodinâmica, onde o cirurgião irá identificar a(s) artéria(s) que estão irrigando o(s) tumor(es) hepático e que ele irá administrar dentro deste(s) vaso(s) o material radioativo para verificar a presença de “shunt”, pequenos vasos que conectam o meu fígado ao meu pulmão. Entendi que depois de realizado este

# Termo de Ciência e Consentimento

## RADIOEMBOLIZAÇÃO COM MICROESFERAS MARCADAS COM Y-90

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: \_\_\_\_\_

procedimento, serei encaminhado(a) ao Serviço de Medicina Nuclear, onde a identificação e quantificação deste “shunt” posteriormente será quantificado. Fui informado(a) que se este “shunt” for muito grande não poderei seguir para a etapa de tratamento.

Fui informado(a) que depois desta etapa, como estou apto(a) a realizar o tratamento, o material radioativo será importado e que me avisarão o dia para eu retornar ao Hospital para me internar e realizar o procedimento.

Compreendi que, semelhante ao que ocorreu na etapa anterior, o tratamento será realizado no Setor da Hemodinâmica, onde o cirurgião, mais uma vez, irá identificar a (s) artéria(s) que irriga(m) o(s) tumor(es) hepático e aí injetará este outro material radioativo. Depois disto, fiquei sabendo que também serei levado ao Serviço de Medicina Nuclear para comprovação da deposição das microesferas radioativas no local e identificar possível extravasamento do mesmo.

Disseram-me que ficarei internado(a) por 24 a 48 horas. O meu cirurgião fará meu acompanhamento médico e me dará alta hospitalar quando estiver apto(a).

Compreendi que as atividades radioativas administradas para os exames são baixas. São utilizados materiais e dosagens de acordo com padrões internacionais de segurança.

Entendi que mesmo com os cuidados adotados, podem ocorrer efeitos colaterais. Alguns são mais frequentes e, habitualmente, autolimitados, tais como: fadiga, dor abdominal, náuseas e febres. Outros, mais graves; porém, menos frequentes também podem ocorrer tais como: gastrite, úlcera, sangramento digestivo, pancreatite (inflamação no pâncreas), pneumonite actínica ( inflamação do pulmão pela radiação), piora da função do fígado e óbito.

Informaram-me que devo tomar alguns cuidados pós procedimento para evitar que outras pessoas não sejam indevidamente expostas à radiação como: devo evitar contatos com gestante e crianças com menos de cinco anos por três dias após o tratamento, nestes três dias também devo dormir sozinho(a), não posso urinar no chuveiro, quando eu utilizar o vaso sanitário devo dar duas

# Termo de Ciência e Consentimento

## RADIOEMBOLIZAÇÃO COM MICROESFERAS MARCADAS COM Y-90

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: \_\_\_\_\_

descargas, não compartilhar objetos pessoais ( copo, talher). Também me disseram que não devo engravidar nos próximos seis meses.

Compreendi também que mulheres grávidas ou que estejam amamentando não devem receber materiais radioativos e, portanto, não podem realizar esse tipo de procedimento.

### 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.

Esta autorização é dada ao(a) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistentes(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.

Autorizo a veiculação das referidas imagens do exame para fins científicos (preservando a identidade do paciente). Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

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

## RADIOEMBOLIZAÇÃO COM MICROESFERAS MARCADAS COM Y-90

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/Biomédico \_\_\_\_\_ CRM/CRBM: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_