Dr. Frederico José Cavalcanti Costa
Diretor Técnico
CRM-DF 10582



PREENCHER QUANDO NAO HOUVER ETIQUETA					
NOME (PACIENTE):			ETIQUETA		
DATA DE NASCIMENTO:/ SEXO: ( ) M ( ) F					
IDENTIDADE №:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:				
EM CASO DO DECLARANTE NÃO SER O PACIENTE, PREENCHER ABAIXO NOME (REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL):					
DATA DE NASCIMENTO:/	IDENTIDADE Nº:		ÓRGÃO EXPEDIDOR:		

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO QUIMIOTERAPIA

	n médico Dr(a)			
CRM-DF nº,	que as avaliações e os exames realizados revelaram a necessidade de tratamento, que inclui os			
seguintes medicamentos:;				
_				
2. Estou ciente que a utilização	o destes medicamentos está proposta, a princípio, para um período de			
meses/semanas/dias, em				

- 3. Foram claramente explicados pelo médico citado acima os benefícios, as possibilidades alternativas, os riscos, efeitos colaterais e complicações potenciais relacionados ao tratamento, bem como as consequências de sua não realização, diante da patologia diagnosticada;
- 4. Estou ciente de que, durante os exames, procedimentos ou tratamentos citados, para tentar curar ou melhorar a atual condição de saúde, poderão ocorrer outras situações ainda não diagnosticadas ou mesmo intercorrências e outras situações imprevisíveis ou fortuitas, não obstante toda técnica e boa indicação do tratamento ora proposto.
- 5. Tenho ciência de que em procedimentos invasivos (como punção lombar e outros), quando necessários ou na realização de tratamento sistêmico, poderão ocorrer efeitos adversos ou complicações gerais tais como as mais comuns: sangramento, infecção, perda de pelos e queda de cabelo, trombose, alterações na visão ou audição, alterações neuromotoras, náuseas, vômito, diarreia, constipação, aftas, redução ou perda do apetite, reações alérgicas, tremores e redução das células sanguíneas.
- 6. Devido à necessidade de adoção de medidas efetivas de contracepção (homens e mulheres), pelo risco de aborto ou malformações congênitas, comprometo-me a utilizar um método contraceptivo a fim de evitar gestação, durante toda a duração do tratamento (quimioterapia; hormonioterapia; imunoterapia; bioterapia; utilização de pequenas moléculas, de anti corpos monoclonais, dentre outros) e até o período indicado pelo médico após seu término.
- 7. Fui informado sobre o risco de alteração na ferti lidade ocasionada pela doença ou tratamento instituído, sobre métodos possíveis para minimizá-lo ou alternativas artificiais para promover uma futura gravidez, sendo definida pela minha livre escolha.
- 8. Estou ciente de que algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo causar danos teciduais se extravasarem (saírem das veias), apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos em sua aplicação, bem como as veias podem ficar frágeis, podendo necessitar da implantação de um cateter para dar continuidade na administração segura das medicações.
- 9. Tive a oportunidade de fazer perguntas e obtive respostas adequadas e satisfatórias, sentindo-me plenamente esclarecido e entendendo que não exista garanti a absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- 10. Por livre iniciativa, AUTORIZO que o(s) tratamentos(s) seja(m) realizado(s) conforme exposto no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas conforme o julgamento técnico do médico acima autorizado e equipe da instituição, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, utilizando os recursos disponíveis no local onde se realizam os cuidados.
- 11. Este Termo de Consenti mento Livre e Esclarecido está de acordo com as disposições do novo Código de Ética Médica, vigente a parti r de 13 de abril de 2010, publicado no Diário Oficial da União, em 24 de setembro de 2009, especialmente no que diz respeito ao Capítulo IV, arti go 22, que versa: "É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em risco iminente de morte".

**Dr. Frederico José Cavalcanti Costa** Diretor Técnico CRM-DF 10582



Certifico que este termo me realização do tratamento.	foi explicado e que o li, or	u que foi lido para min	n e que entendi o seu conteúdo, AUTORIZANDO a
	Brasília, de		_ de 20
	Assinatura do pacien	te ou responsável/repi	resentante legal
MÉDICO RESPONSÁVEL			
Declaro que prestei todas a			nsável/representante legal, conformemencionado entante legal está em condições de compreender o
	Data	a:/	
		Médico - CRM/DF	