

PACIENTE:				ATENDIMENTO:		DATA:
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:		TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:			

**- TRATAMENTO DO HIPERTIREOIDISMO COM IODO-131 -**

Por este instrumento, eu declaro que:

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

NÃO SE APLICA

**DIAGNÓSTICO:**

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

- TRATAMENTO DO HIPERTIREOIDISMO COM IODO-131

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

**LATERALIDADE:**  DIREITA  ESQUERDA  BILATERAL  NÃO SE APLICA

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

O que é o TRATAMENTO DO HIPERTIREOIDISMO COM IODO-131?

O objetivo da radioiodoterapia é reduzir o tecido tireoidiano funcionante (por morte celular decorrente da exposição à radiação) e, conseqüentemente, reduzir a produção dos hormônios tireoidianos. O resultado do tratamento depende da quantidade de tecido tireoidiano funcional remanescente após o tratamento. Se esse remanescente ainda produzir quantidades excessivas de hormônios tireoidianos, o quadro de hipertireoidismo pode persistir e, nesses casos, uma nova dose terapêutica ou tratamentos complementares podem ser indicados (hipertireoidismo persistente é esperado em cerca de 10% a 20% dos pacientes, dependendo especialmente da causa do hipertireoidismo e da atividade de radiação administrada), mais comum em pacientes com grande volume tireoidiano. Caso o tecido remanescente seja suficiente para produzir os hormônios tireoidianos em quantidade normal, o paciente pode permanecer em eutireoidismo, definido como função tireoidiana dentro dos limites normais. Finalmente, caso o tecido remanescente funcional seja insuficiente para produzir a quantidade de hormônios necessária, o paciente pode evoluir para um quadro de hipotireoidismo, necessitando de reposição dos hormônios tireoidianos. Salienta-se que configura também sucesso de tratamento, por não estar associado aos riscos do hipertireoidismo previamente diagnosticado.

Como é feito o TRATAMENTO DO HIPERTIREOIDISMO COM IODO-131?

A radioiodoterapia consiste na administração via oral de iodo-131 (<sup>131</sup>I), um elemento radioativo. A atividade de radiação a ser administrada é calculada com base em exames de imagem (especialmente a ultrassonografia e cintilografia da tireoide) e exames laboratoriais, considerando-se ainda características particulares de cada paciente.

Descrição adicional do procedimento:

**BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Controle do hipertireoidismo.

Benefícios esperados adicionais:

**ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO**

Outras modalidades terapêuticas para o hipertireoidismo incluem tratamento medicamentoso e cirurgia e ablação. A indicação de uma modalidade específica, bem como a possível associação entre diferentes modalidades, é definida de forma individualizada pelo médico assistente e Médico Nuclear, seguindo diretrizes nacionais e internacionais vigentes.

Salienta-se que o paciente ou responsável pode suspender o tratamento antes da sua realização caso se sinta desconfortável ou inseguro em relação ao tratamento, respeitando o poder de decisão e autonomia do paciente.

Alternativas e consequências adicionais:

**RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO**

Os possíveis efeitos colaterais relacionados à radioterapia estão descritos a seguir, apesar de raros: Dor na região cervical; agravamento da oftalmopatia associada a doença de Graves; persistência ou exacerbação dos sintomas de hipertireoidismo, de forma transitória; hipotireoidismo definitivo (que é considerando sucesso do tratamento assim com o eutireoidismo).

Salienta-se que não existem evidências de aumento do risco de outras neoplasias com as atividades de radiação habitualmente administradas para tratamento de hipertireoidismo.

A radioiodoterapia é contraindicada durante a gestação, por risco de danos ao feto.

Na eventualidade de uma reação alérgica, que é incomum, a equipe médica estará disponível para tratar os sintomas.

Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo de procedimento, da boa técnica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Fui devidamente informado (a) que, apesar de ser uma situação muito pouco frequente, existe a possibilidade de que o material radioativo não

PACIENTE:				ATENDIMENTO:		DATA:
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:		TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:			

seja fornecido na data agendada para o meu tratamento, sendo necessário agendar uma nova data para realizar a dose terapêutica e/ou meu exame, caso esse fato aconteça. O fornecedor é o único existente no país e é o que abastece todas as instituições que realizam terapias com radiofármacos. Esse transtorno geralmente ocorre sem aviso prévio para a instituição e é totalmente alheio à vontade do hospital. Sendo assim, afirmo que estou ciente que o Hospital São Rafael fará o que for possível para tentar minimizar o ocorrido, porém não será responsável por transtornos decorrentes do não fornecimento do material radioativo na data pré-agendada e nem arcará com custos de qualquer natureza relacionados a tal fato, como gastos com transporte, alimentação específica, hospedagem etc.

Riscos potenciais adicionais:

## REABILITAÇÃO

Após o tratamento podem ser necessário cuidados adicionais para minimizar a exposição à radiação de outros indivíduos (evitar contato prolongado com outras pessoas, especialmente crianças ou gestantes e adotar cuidados com as secreções, conforme orientação médica). Lactantes devem suspender a amamentação após o tratamento. A concepção deve ser evitada por 6 a 12 meses, tanto para mulheres como para homens, conforme orientação médica.

Orientações adicionais de reabilitação:

## 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).

Autorizo  Sim  Não, a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

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. Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

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).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_(hh:min)

\_\_\_\_\_  
Paciente

ou

\_\_\_\_\_  
Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento.

**Representante / Responsável Legal:**

**Identidade:**

**Parentesco:**

## DECLARAÇÃO DO MÉDICO

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.

Salvador,