

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Por este instrumento, eu declaro que:

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(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

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

MN - TRATAMENTO COM RADIO-223 (XOFIGO)

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O que é o tratamento com RÁDIO-223? O Radio 223 é indicado para o tratamento de dor óssea em paciente com câncer de próstata metastático para osso, sem evidência de doença visceral. Tem por objetivo promover efeito antitumoral paliativo nas metástases ósseas com consequente melhora da qualidade de vida, retardo do surgimento de eventos ósseos sintomáticos relacionados ao esqueleto e melhora da sobrevida global, preservando ao máximo outros órgãos ou tecidos adjacentes.

O Radio 223 é administrado por via venosa, em 06 aplicações com intervalo médio de 4 semanas e é eliminado do corpo através, principalmente via intestinal e uma pequena parte, por via urinária. Salientamos que este tratamento não tem como objetivo a cura das lesões ósseas secundárias.

Como é feito o tratamento com RÁDIO-223? O Radio 223 é administrado por via venosa, em 06 aplicações com intervalo médio de 4 semanas e é eliminado do corpo através, principalmente via intestinal e uma pequena parte, por via urinária.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Auxílio terapêutico em doença óssea de pacientes com Câncer de Próstata, com potencial mudança de qualidade de vida e controle de doença. Salientamos que este tratamento não tem como objetivo a cura das lesões ósseas secundárias, mas sim controle.

Benefícios esperados adicionais:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Outros tratamentos sistêmicos. A não realização do exame pode interferir na decisão médica em relação ao diagnóstico e tratamento da doença de base. 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

Fui informado/a que o tratamento implica em exposição à radiação (com as eventuais complicações descritas abaixo) e que o benefício do tratamento supera qualquer eventual risco adicional.

Os efeitos colaterais do tratamento com Radio 223 (Xofigo) são raros e transitórios (autolimitados). Os mais comuns são náuseas, diarreia e alterações no hemograma (neutropenia e trombocitopenia). Na grande maioria irão melhorar mesmo que não tratados. Caso eu venha a apresentar náuseas ou vômitos fui orientado/a a usar anti-eméticos. Muito mais raramente pode ocorrer osteonecrose da mandíbula em pacientes que foram tratados com bifosfonatos.

Um evento adverso comum está associado à punção venosa periférica que é necessária para a administração do radiofármaco. A nossa equipe é qualificada e usará todos os cuidados preconizados, mas ocasionalmente dor, vermelhidão e flebite (inflamação) podem ocorrer no local da injeção.

Como a administração adequada do radiofármaco é essencial para a qualidade do tratamento, é possível que seja necessário mais de uma tentativa de punção para garantir um bom acesso venoso.

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 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 de 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:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO****REABILITAÇÃO**

Para pacientes e cuidadores de pacientes recomendamos manter boas práticas de higiene por pelo menos 1 (uma) semana após a administração de Xofigo, incluindo: dar descarga no vaso sanitário duas vezes após o uso; lavar as mãos; lavar prontamente e de forma separada as roupas contaminadas com fluidos corporais; usar luvas e aventais quando manipular líquidos corporais.

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 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.

--

[] SIM [] NÃO - Autorizo 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.

--

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.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Paciente ou _____
Responsável

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

Nome: _____

RG: _____ Parentesco: _____

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.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM