

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 DE TUMORES HEPÁTICOS COM ÍTRIO-90-MICROESFERAS

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O que é o TRATAMENTO DE TUMORES HEPÁTICOS COM ÍTRIO-90-MICROESFERAS? Estou ciente que a infusão de microesferas-Y90 radioativas é indicada para tratamento de tumores hepáticos primários ou secundários. Trata-se de um procedimento para controle local da doença, onde o material é administrado, na área específica do fígado.

Como é feito o TRATAMENTO DE TUMORES HEPÁTICOS COM ÍTRIO-90-MICROESFERAS?

Consiste na administração endovascular (realizada pelo cirurgião vascular especializado) de partículas carregadas com um emissor de radiação beta (Ítrio-90), com o objetivo de alcançar uma elevada dose de radiação seletiva na área tumoral.

É obrigatório a realização de procedimento de preparação pré-tratamento, que consiste em angiografia hepática com aplicação de 99mTc-MAA e cintilografia para prever a distribuição de microesferas e também averiguar a extensão do desvio hepatopulmonar.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Controle local de neoplasia primária ou secundária no fígado, com menor efeitos colaterais que outros tratamentos em vigência e possivelmente realizado em um único tempo (em duas fases). Estou ciente de que durante o tratamento, serei exposto à radiação e que o benefício supera qualquer eventual risco adicional.

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

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

Estou ciente que durante o tratamento poderão ocorrer eventuais complicações como: fadiga, náuseas, vômitos, febre, dor abdominal e elevação transitória dos parâmetros de função hepática após a infusão das microesferas-Y90.

Estou ciente de que existem efeitos adversos graves, em uma pequena porcentagem, relacionados à exposição à radiação de órgãos adjacentes, como úlcera gástrica, colecistite, peritonite, hepatite e pneumonite por radiação. Estes efeitos são evitados ou minimizados pelo estudo arterial e de shunt pré-tratamento.

Estou ciente de que o tratamento está contraindicado para os casos de shunt importante, radioterapia prévia, ascite ou insuficiência hepática, refluxo arterial significativo hepático ao estômago, pâncreas ou intestino, doença maligna extra-hepática disseminada, uso prévio de capecitabina e trombose da veia porta, sendo os parâmetros avaliados pelo médico responsável. Gravidez, amamentação e doença severa aguda concomitante são contraindicações absolutas.

Complicações nem sempre podem ser antecipadas com precisão e, portanto, pode não haver garantia expressa ou implícita, quanto ao sucesso deste tratamento médico.

Entendo que toda a informação que me foi dada, e em particular, toda estimativa de riscos e benefícios do procedimento foram feitos com melhor julgamento profissional.

Declaro que recebi explicações e informações acima mencionadas e que este tratamento é justificado considerando a natureza de minha doença. Eu compreendi a explicação do médico nuclear.

Se algo inesperado acontecer ou for diagnosticado durante a terapia com microesferas-Y90, e na opinião do meu médico assistente, seja um risco imediato e substancial para a minha saúde e que necessite de um tratamento adicional ou diferentes dos que estão descritos acima, concordo que o(s) médico(s) podem, nesse momento, prover o tratamento que seja imediatamente necessário.

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 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.

Tive oportunidade para questionar sobre estes e quaisquer outros riscos que eu quisesse saber a respeito do

Paciente: _____

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

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

tratamento. Todas minhas dúvidas foram respondidas e compreendidas.

Sei que posso a qualquer momento buscar maiores informações com meu médico ou outros profissionais envolvidos. Estou ciente também que meu tratamento pode ser remarcado, caso haja atraso na entrega do material radioativo. Comprometo-me a seguir as orientações que foram passadas e relatar ao médico nuclear qualquer problema ou dúvida que tiver, através dos telefones (71) 3281-9137 ou 99178-6263.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Cuidados especiais após o exame serão repassados pela equipe cirúrgica, em TCLE específico. Não é necessário nenhum cuidado específico do ponto de vista de radioproteção.

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).

Paciente: _____

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

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

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

_____ ou _____
Paciente **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**