

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 NEUROENDÓCRINOS COM LUTÉCIO OCTREOTATO-177LU

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O que é o TRATAMENTO DO LUTÉCIO?

O OCTREOTATO-177Lu é indicado para complementar o tratamento de neoplasias neuroendócrinas. Tem por objetivo destruir o tecido neoplásico, preservando outros órgãos ou tecidos adjacentes.

Como é feito o TRATAMENTO COM LUTÉCIO?

O OCTREOTATO-177Lu é administrado por via venosa, após administração de aminoácidos para a proteção renal e é eliminado do corpo através, principalmente, da urina.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tratamento complementar de neoplasias neuroendócrinas.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Outras modalidades terapêuticas podem ser utilizadas. 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.

Paciente: _____

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

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

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) da possibilidade de ocorrer discreta dor na região onde se encontra o tumor, que pode ser observada em decorrência de inflamação do tecido neoplásico. Esta complicação é auto-limitada, resolvendo-se espontaneamente, sem tratamento específico ou uso de anti-inflamatórios. Fui informado(a) sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

O OCTREOTATO-177Lu é excretado principalmente pela urina, o que determina maior dose de radiação para os rins e a bexiga. O efeito nesses órgãos pode ser reduzido pelo estímulo da produção de urina através de ingestão de líquidos (água e sucos).

Na presença de outros sintomas ou agravamento dos acima descritos, após a alta hospitalar, fui orientado/a a contatar com os médicos do Serviço de Medicina Nuclear do Hospital São Rafael, telefone (71) 3281-6252.

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

Sei que não posso receber esta dose caso esteja grávida, podendo acarretar danos à criança. Consciente deste fato, assumo que não há possibilidade de estar grávida no período de administração da dose terapêutica. Também fui orientada a não amamentar após uso do Lutécio.

Na presença de outros sintomas ou agravamento dos acima descritos, após a alta hospitalar, fui orientado/a a contactar com os médicos do Serviço de Medicina Nuclear do Hospital São Rafael.

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 tratamento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

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.

Riscos potenciais adicionais:

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

REABILITAÇÃO

Após o tratamento é 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). Fui orientado/a que mesmo após a alta hospitalar devo ficar distante de mulheres grávidas e crianças de colo, além dos cuidados necessários com excretas, em especial com a urina.

Lactantes devem suspender a amamentação após o tratamento.

Caso eu venha a apresentar náuseas ou vômitos fui orientado/a a usar anti-eméticos, conforme prescrição 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 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