

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA QUIMIOTERAPIA, TERAPIA ALVO E DE SUPORTE ONCOLOGIA

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: _____

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: ____ Leito: ____

Data de Admissão: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Registro: _____

Nome do diretor médico: _____ CRM: _____

Prezado Paciente ou Representante legal, o Termo de consentimento livre e esclarecido é um documento no qual a **AUTONOMIA (vontade)** em **CONSENTIR (autorizar)** é manifestada pelo paciente plenamente capaz ou por seu representante legal. Assim, ao assiná-lo o paciente ou seu representante legal concorda com a realização do tratamento, ainda que haja efeitos não desejáveis, mas previstos, possíveis e previamente explicitados pelo Médico. O termo de consentimento livre e esclarecido somente deverá ser assinado se todas as dúvidas já tiverem sido esclarecidas. Havendo qualquer dúvida acerca do teor deste documento, pergunte ao médico antes de autorizar a realização do procedimento. A assinatura deste documento representa o exposto consentimento esclarecido na realização do tratamento indicado, bem como no comprometimento em seguir as orientações médicas, inclusive quanto ao tratamento com equipe multidisciplinar.

Diagnóstico

Diagnóstico oncológico: _____

Data do diagnóstico inicial: ____ / ____ / ____ CID: _____

Estadiamento inicial T: ____ N: ____ M: ____ Estadiamento TNM: I II III IV Não se aplica

Data de diagnóstico de metástases (se doença metastática): _____

Intuito do tratamento:

- Neoadjuvante - tratamento feito antes da cirurgia / radioterapia para reduzir o tamanho do tumor, permitir um tratamento mais radical e reduzir a chance de retorno da doença.
- Adjuvante - tratamento feito após a cirurgia ou outro tratamento local para reduzir a chance de retorno da doença.
- Paliativo / Controle de doença - o objetivo principal é controlar a doença, reduzir o tumor, melhorar qualidade de vida e aumentar tempo de vida.
- Curativo - a quimioterapia pode levar à cura da doença.

Linha de tratamento: Primeira linha Segunda linha Terceira linha Quarta ou mais Não se aplica

Concomitante à radioterapia? Sim Não

Tratamento proposto (incluir nome do regime, drogas, doses e via de administração)

Nome do esquema: _____

Drogas utilizadas incluindo respectivas doses: _____

Via: Intravenoso Subcutâneo Oral Outra: _____

Local onde será feito o tratamento (marcar todas as opções aplicáveis): Domicílio Centro de infusão Internado

Outro: _____

Periodicidade do tratamento: _____

Tempo de tratamento (em meses ou ciclos): _____

Peso: _____ **Altura:** _____

Motivo da prescrição ou da mudança do tratamento: _____

DECLARO que:

- Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento oncológico que será realizado nesta unidade hospitalar e tem como finalidade tentar curar ou controlar a doença.
- Fui esclarecido (a) acerca do risco de alteração na fertilidade ou alteração nos bebês pela doença e/ou tratamento instituído, e sobre os métodos possíveis para minimizá-lo ou mesmo métodos artificiais para promover uma futura gravidez, sendo definida pela minha livre opção.
- Comprometo-me, na qualidade de paciente ou como representante/responsável pelo paciente, a adotar medidas eficazes e eficientes de pequenas moléculas, anticorpos monoclonais, dentre outros) e até o período indicado pelo médico após o seu término.
- Fui esclarecido (a) que poderá (ão) ocorrer intercorrências (s) e/ou outra (s) situação (ões) imprevisível (eis) ou fortuita(s), não obstante toda a técnica e boa indicação do tratamento realizado. Igualmente, estou ciente que os riscos principais, significativos, inevitáveis ou frequentemente observados são:
 Cansaço e sensação de fraqueza.

- Risco aumentado de infecções devido à queda dos glóbulos brancos no sangue. **Atenção ** item 10.**
- Anemia ou queda de plaquetas. Estas alterações podem causar cansaço, pequenos sangramentos ou manchas na pele.
- Náusea ou vômito – neste caso, utilize as medicações da sua receita. Se não houver melhora, **entrar em contato com o médico.**
- Diarreia (fezes líquidas, em grande volume e/ou mais de 3 vezes ao dia) ou constipação (evacuação menos de 3 vezes por semana).
- Ardência ou aftas / úlceras na boca, alterações no paladar – em alguns casos, pode ser necessário tratamento com dentista.
- Perda de apetite e/ou insônia.
- Reações no local da aplicação (medicações subcutâneas).
- Osteonecrose de mandíbula.
- Sintomas gripais, dor nas articulações ou dor muscular.
- Perda de cabelo.
- Alterações na pele, como vermelhidão, coceira, ressecamento e/ou alterações na unha.
- Vermelhidão, irritação ou ressecamento nas mãos e pés.
- Sensação de choque, dormência ou fisgadas nas mãos e nos pés.
- Coceira nos olhos, lacrimejamento, alterações leves na visão.
- Risco de um segundo tipo de câncer.
- Alterações na glicose do sangue.
- Síndrome de lise tumoral (morte muito intensa e rápida das células do tumor, levando a alterações na corrente sanguínea que podem causar sintomas como sonolência, confusão mental, alterações no rim, arritmias cardíacas) – efeito pouco frequente, mas pode ser grave.
- Inchaço e retenção de líquidos.
- Alterações nos exames de sangue relacionados ao: Rim Fígado
- Alteração na função pulmonar (os sintomas iniciais podem ser tosse ou falta de ar).
- Alterações da função do coração – pode ser que seu médico necessite de exames periódicos do coração.
- Alterações na audição.
- Septicemia (se o período de neutropenia for prolongado pode ocorrer “infecção hospitalar”).**

5. Fui esclarecido (a) ainda que os riscos podem variar para cada paciente e que pelo tratamento os riscos graves e de óbito são raros.

6. Fui orientado (a) que se houver esquecimento ou perda de alguma dose de injeção, ou ainda, esquecimento da ingestão do medicamento, quando o tratamento for oral, nos horários estipulados na receita médica, em ambos os casos, a equipe deve ser acionada para as devidas orientações.

7. Fui informado (a) quanto à possibilidade de infecção grave, sendo orientado (a), ainda, a contatar o médico ou enfermeiro responsável pelo seu caso ou serviço de emergência do hospital, **caso apresente febre (medida em termômetro) de 37,8oC ou mais, não esteja sentindo-se bem e com sintomas que não aliviaram mesmo com o uso das medicações da receita médica, mesmo com temperatura normal, diminuição dos níveis de consciência ou outra manifestação clínica não habitual.**

8. Estou ciente que algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo, causar danos teciduais se extravasarem da veia para o tecido celular subcutâneo, apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos na administração dos medicamentos. Caso sinta sensação de dor, inchaço ou vermelhidão durante ou após a aplicação, avise imediatamente o enfermeiro.

DECLARO que li, recebi esclarecimentos pelo médico assistente e equipe, tive oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar algum item, parágrafo, ou palavras que não concordasse, inclusive quanto à possibilidade de revogação.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização do tratamento oncológico. Afirmo ainda, que recebi uma cópia do presente, o qual é composto por 02 (duas) páginas e (02) duas vias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Afirmo que li, compreendo e concordo com todas as informações deste termo.

_____, _____ de _____ de 20____. Hora: _____:

Nome legível: _____

CPF: _____ Assinatura: _____ Telefone: _____

Paciente Responsável - Grau de parentesco/vínculo: _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome legível, CRM e Visto ou Carimbo com CRM e Visto

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ CPF: _____