



**TERMO DE CONSENTIMENTO  
INFORMADO  
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

**TER 020/00  
ONC  
Implantação: 09/2013**

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Eu, acima identificado, na condição de paciente do Centro de Oncologia Unimed Chapecó ou de responsável legal pelo paciente \_\_\_\_\_, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo o médico \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, outros médicos oncologistas do serviço e todos os demais profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar o tratamento quimioterápico, que inclui a administração dos seguintes medicamentos: \_\_\_\_\_

Este consentimento e as condutas médicas, foram-me explicados de forma clara e objetiva, inclusive em relação à doença oncológica e quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento, também me sendo permitido a realização de perguntas, onde todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Estou ciente que poderá haver reações leves a graves da medicação quimioterápica, como náuseas, vômitos, diarreia, prostração, diminuição do apetite, queda do cabelo, mucosite (inflamação da mucosa da boca), infertilidade, toxicidades renal, hepática e cardíaca, alteração no exame de sangue (anemia, diminuição das plaquetas e leucócitos), infecções, hemorragias, entre outros.

Também estou ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a infusão da quimioterapia antineoplásica, e o médico assistente julgar necessário, serei encaminhado ao centro de urgência e emergência do Hospital Unimed, juntamente com enfermeiro responsável, para devida assistência especializada.

Fui prevenido quanto a possibilidade de infecção grave, sendo orientado a procurar o serviço de emergência caso apresente febre, diminuição da consciência, ou outra manifestação clínica não habitual.

Estou ciente que algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo causar danos teciduais se extravasarem da veia para tecido celular subcutâneo, apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos na administração.

Fui informado que, sob minha única e exclusiva responsabilidade, devo seguir todas as orientações médicas que me foram informadas, também quanto a ingestão de medicamentos prescritos.

Declaro estar ciente que, apesar de todos os tratamentos oncológicos propostos, não me foi assegurado a garantia de cura. A evolução da doença e/ou toxicidade medicamentosa, podem fazer com que o médico modifique as condutas iniciais tomadas.

Possuo o direito de revogar estas autorizações de tratamento a qualquer momento, assumindo a inteira responsabilidade por esta decisão.

Por livre iniciativa autorizo a administração dos tratamentos quimioterápicos propostos e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações dos medicamentos, conforme a melhor conduta médica.

Este documento possui 02 vias, uma entregue ao paciente e/ou responsável.

Chapecó, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente e/ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico responsável

\_\_\_\_\_  
Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Testemunha 2

Código de Ética Médica - Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.