

TCLE* – QUIMIOTERAPIA / IMUNOTERAPIA / HORMONIOTERAPIA

*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

FILIAÇÃO:

DATA:

Eu, acima identificado(a), declaro que fui informado(a) pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados aos procedimentos de **QUIMIOTERAPIA / IMUNOTERAPIA / HORMONIOTERAPIA** ao qual serei submetido(a), declarando ainda, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) , inscrito no CRM sob o n.º a realizar o procedimento acima indicado e todos o que incluem e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO:

- Quimioterapia** é um tratamento, de aplicação geralmente endovenosa, mas que pode em algumas situações ser por via oral, subcutânea ou intramuscular, que tem por objetivo destruir as células cancerosas, geralmente são combinadas várias drogas. As doses, o número de dias e o intervalo entre as sessões variam de acordo com peso, altura, idade e de acordo com o tipo de câncer. As chances de cura também variam, são explicadas individualmente pelo médico assistente.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: 1. Náusea e vômito. Atualmente dispomos de vários medicamentos para controle sendo usados desde antes da aplicação do quimioterápico para prevenir o efeito. / 2. Alopecia (queda de cabelos). Seu médico explicará as chances pelas drogas que serão utilizadas no seu caso. Este efeito é temporário, havendo recuperação após o término do tratamento / 3. Leucopenia e Neutropenia, que é a diminuição dos glóbulos brancos (da defesa). A intensidade e duração dependerão das drogas utilizadas e de suas doses. São feitos hemogramas (exames de sangue) periódicos para controle. A partir de certo número aumenta o risco de infecção, e poderá haver necessidade de internação para antibioticoterapia. Seu médico informará as chances de isto ocorrer pelo seu tratamento / 4. Plaquetopenia ou trombocitopenia, que é a diminuição das plaquetas, que são as células do sangue que iniciam a coagulação. Abaixo de determinado número aumenta o risco de sangramento, e poderá ser necessário transfusão de plaquetas. Seu médico informará as chances de isto ocorrer pelo seu tratamento. O controle é feito com hemogramas periódicos / 5. Anemia que é a diminuição dos glóbulos vermelhos. A partir de certo grau, poderá ser necessário transfusão. O controle também é feito por hemogramas periódicos / 6. Infertilidade: alguns quimioterápicos diminuem as chances de ter filhos / 7. Toxicidade cardíaca. Alguns quimioterápicos podem causar diminuição da força do coração. Geralmente depende da dose do remédio, idade do paciente e se tem doença cardíaca prévia. Se uma medicação que pode causar este efeito foi indicada, é feito um exame para avaliar a função do coração antes da aplicação / 8. Mucosite (feridas na boca e garganta). Podem surgir alguns dias após a aplicação da quimioterapia. A intensidade das lesões pode variar e em alguns casos pode ser necessário internação / 9.

Toxicidade para o rim (renal). Alguns medicamentos podem ser tóxicos para o rim. Neste caso são feitos exames antes e durante o tratamento para monitorizar a função do rim. / 10. Diarreia pode variar de intensidade e em quadros severos as vezes é necessário internação / 11. Extravasamento, deve-se tomar precaução com o acesso venoso onde está sendo aplicada a quimioterapia. A maior parte dos quimioterápicos é lesiva à pele e tecido celular subcutâneo. Para alguns esquemas de tratamento poderá ser sugerida instalação de um cateter venoso central, temporário ou totalmente implantável.

- Imunoterapia** é a aplicação de medicamentos que visam estimular o sistema imunológico para este atuar contra as células malignas.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: A imunoterapia pode estimular os glóbulos brancos a atuarem contra células normais do nosso organismo como: 1. Rins – causando insuficiência renal / 2. Coração – causando insuficiência cardíaca / 3. Intestino e estomago – causando gastrite, diarreia e perfuração / 4. Tireoide – causando hipotireoidismo / 5. Suprarrenal – falência suprarrenal / 6. Pele – urticária (coceira e vermelhidão).

- Hormonioterapia** São medicamentos hormonais usados para combater as células malignas.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: Essas medicações podem causar os seguintes efeitos colaterais: 1. Trombose venosa (formação de coágulos no local da aplicação) / 2. Impotência sexual / 3. Ondas de calor / 4. Dores musculares e articulares.

DECLARO AINDA QUE:

1) Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a mim (ou ao paciente). Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. **Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.**

2) Nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por venturas existentes.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Franca, de de

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que o paciente acima referido está sujeito ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado. Por ser verdade:

ASSINATURA DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO:

CRM: