



**TERMO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO
TRATAMENTO ONCO-HEMATOLÓGICO**

TER.ONC.0001/04
Implantação: 09/2013
4ª Revisão: 09/2022
Classificação: RESTRITA

NOME: _____, Nascido(a) em ___/___/____. CPF: _____

Eu, acima identificado, na condição de () paciente do Centro de Oncologia e Hematologia Unimed Chapecó, () responsável legal pelo paciente _____ nascido(a) em ___/___/____ estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo o médico _____, CRM _____, outros médicos do serviço do Centro de Oncologia e Hematologia Unimed Chapecó envolvidos no atendimento e todos os demais profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar o tratamento onco-hematológico, 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 de que, durante o tratamento/procedimento, para tentar curar ou melhorar a atual condição de saúde, poderão ocorrer outras situações ainda não diagnosticadas, ou mesmo intercorrências e outras situações imprevisíveis.

Estou ciente que poderá haver reações leves a graves da medicação utilizada em meu tratamento, como náuseas, vômitos, diarreia, cansaço, diminuição do apetite, queda do cabelo/pelos, mucosite, alterações hepáticas, renais, endócrinas e cardíacas, alteração no exame de sangue (anemia, diminuição das plaquetas e leucócitos), infecções, lesões de pele, dor abdominal, dor articular, cefaleia, entre outros.

Ainda, fui informado dos riscos de alterações na minha fertilidade pela doença, sobre os tratamentos instituídos e sobre os métodos possíveis para minimizá-los, bem como acerca dos métodos artificiais para promover uma futura gravidez, cabendo a mim a decisão e procura por referidos tratamentos ou à adesão aos métodos artificiais. Também estou ciente de que deverei usar métodos contraceptivos durante o tratamento e até o período indicado pelo médico após o seu término devido a risco de gestação de alto risco e mal formação fetal.

Estou ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a administração do medicamento oncológico proposto, o médico responsável pelo ambulatório seguirá o protocolo de reações infusionais agudas e, caso necessário, serei encaminhado ao Pronto Atendimento do Hospital Unimed, acompanhado da equipe assistencial.

Fui informado quanto à 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 ingesta de medicamentos prescritos.



**TERMO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO
TRATAMENTO ONCO-HEMATOLÓGICO**

TER.ONC.0001/04
Implantação: 09/2013
4ª Revisão: 09/2022
Classificação: RESTRITA

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

Ainda, fui informado que tratamentos chamados “medicamento popular” ou fitoterápicos, podem interferir com o tratamento oncológico e assim, não devo utilizá-los sem o devido conhecimento médico.

Declaro que estou ciente que possuo o direito de revogar esta autorização de tratamento a qualquer momento, assumindo a inteira responsabilidade por esta decisão.

Assim, por livre iniciativa autorizo a administração do tratamento oncológico proposto e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações dos medicamentos, conforme a melhor conduta médica.

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

Chapecó, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente e/ou responsável

Assinatura do médico responsável

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.