



**TERMO DE CONSENTIMENTO**  
**ONCOLOGIA**

CÓDIGO: RQ 24.65  
REVISÃO: 00  
DATA DA ELABORAÇÃO: 22/08/2019  
PÁGINA: 1/1

Eu \_\_\_\_\_ data nascimento, \_\_\_\_\_, e/ou meu responsável autorizo a equipe do Centro de Oncologia da Unimed Maringá a efetuar o tratamento quimioterapia, imunoterapia e hormonioterapia, prescrito pelo(a) médico(a) Dr.(a.) \_\_\_\_\_.

Declaro que fui informado (a) pelo (a) médico (a) que as avaliações e os exames realizados revelaram a (s) seguinte (s) alteração (ões), diagnóstico (s) e prognóstico (s) de meu estado de saúde.

Declaro, igualmente, estar devidamente informados (a) sobre este termo de consentimento e as condutas médicas, em relação à minha patologia enquanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento. Declaro ainda que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Estou ciente que poderão haver efeitos colaterais e desconforto. Isto porque as drogas utilizadas e os demais procedimentos médicos invasivos (biópsias de crista ilíaca ou mielograma, punção lombar, paracentese, toracocentese, etc) podem causar sangramento, náuseas, vômitos, diminuição do apetite, aftas, perda de pelos, complicações tromboembólicas, alterações na visão e audição, alterações neuromotoras, reações alérgicas, bem como queda da imunidade, tornando o paciente susceptível a infecções, que poderão requerer internação ou outros procedimentos adicionais. A respeito, fui orientado (a) a procurar o serviço de emergência caso eu, ou o (a) paciente sob minha responsabilidade, 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 (a) do risco de alteração na fertilidade pela doença e/ou tratamento instituído e sobre os métodos possíveis para minimizá-la ou mesmo métodos artificiais para promover uma futura gravidez. Comprometo-me, neste ato, por mim ou como responsável pelo (a) paciente, a adotar medidas eficazes e eficientes de contracepção (homens e mulheres) durante toda a duração do tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, bioterapia, etc.) e até o período indicado pelo (a) médico (a) após o seu término. Fui informado (a) 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 assegurada a garantia de cura. A evolução da doença e/ou toxicidade medicamentosa, podem fazer com que o (a) médico (a) 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 folhas e foi impresso em 02 vias, uma entregue ao (à) paciente e/ou responsável.



**TERMO DE CONSENTIMENTO  
ONCOLOGIA**

CÓDIGO: RQ 24.65  
REVISÃO: 00  
DATA DA ELABORAÇÃO: 22/08/2019  
PÁGINA: 2/1

Maringá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do (a) paciente  
e/ou responsável**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do (a) médico (a) responsável**

\_\_\_\_\_  
**Testemunha 01**

**Nome:**

**R.G.**

\_\_\_\_\_  
**Testemunha 02**

**Nome:**

**R.G.**

\* Código Civil: Art. 3º -São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos. Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; IV - os pródigos. Art. 116 - A manifestação de vontade pelo representante, nos limites de seus poderes, produz efeitos em relação ao representado.

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.

## SOLICITAÇÃO DE TERAPIA IMUNOBiolÓGICA

### Dados do Paciente

Nome:			Código Beneficiário:	
Idade:	Sexo:	Peso Atual:	Altura:	IMC:

### Dados do Médico

Nome:			CRM/UF:	
Especialidade:	Médico Cooperado Unimed:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Contato:	

### Dados da Doença

Artrite Reumatóide
  Artrite Psoriásica
  Doença de Crohn
  Espondilite Anquilosante

Início, tempo de evolução da doença e tempo de acompanhamento com o médico prescritor:

Relato detalhado do caso clínico:

Tratamentos Prévios		
Droga	Dose	Tempo de utilização

Motivo da suspensão do último tratamento:

### Tratamento Proposto

Droga (princípio ativo)		Dose
<input type="checkbox"/> Primeira solicitação <input type="checkbox"/> Subcutâneo	<input type="checkbox"/> Continuidade de tratamento <input type="checkbox"/> Endovenoso	Posologia/Protocolo:

### Situações Concomitantes

Contraindicações ao uso de imunobiológicos

Doença desmielinizante
  Gestante/Lactante
  ICC NYHA Grau III/IV
  Infecção aguda

Neoplasia < 10 anos

Triagem para tuberculose

PPD:  Negativo (não reagente)  < 5mm  > ou = 5mm

RX Tórax:  Sem alterações sugestivas de TB  Com alterações importantes para TB

### Dados de Atividade da Doença

Exames Bioquímicos (informar data de cada exame)	
Hb atual:	Leucócitos atual:
PCR atual:	VHS atual:
Fator reumatóide:	HBSAg atual:
Anti HBC atual:	Anti HBS atual:
HLA-B27:	Anti-CCP:

## SOLICITAÇÃO DE TERAPIA IMUNOBiolÓGICA

Exames de Imagem (informar qual exame, data de cada exame e o resultado)

Índice de Atividade da Doença (preencher de acordo com a doença a ser tratada):

Artrite Reumatóide:	DAS 28:	Ou CDAI:	Ou SDAI:
Artrite Psoriásica:	DAS 28:	Ou BASDAI:	
Espondilite Anquilosante:	BASDAI:	Ou ASDAS:	
Doença de Crohn:	CDAI:	Ou DAS 28:	Ou BASDAI:

Dados Clínicos:

Nº Articulações Acometidas:	Nº Articulações Dolorosas:	Nº Articulações Edemaciadas:
Comprometimento: <input type="checkbox"/> Axial <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Ambos		

Dados Específicos da Doença de Crohn:

Início dos sintomas:	
Localização:	
Complicações associadas/manifestações extra intestinais:	
<input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Má absorção <input type="checkbox"/> Abscesso <input type="checkbox"/> Estenose moderada/grave <input type="checkbox"/> Acometimento perianal <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Pioderma gangrenoso <input type="checkbox"/> Colangite esclerosante primária <input type="checkbox"/> Uveíte <input type="checkbox"/> Trombose arterial <input type="checkbox"/> Deficiência de Vitamina B12 <input type="checkbox"/> Episclerite <input type="checkbox"/> Trombose venosa <input type="checkbox"/> Amiloidose secundária <input type="checkbox"/> Eritema nodoso <input type="checkbox"/> Nefrolitíase <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Estomatite aftosa	
Nº de evacuações líquidas/dia:	
Remissão:	
Clínica: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Endoscópica: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Histológica: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Cirurgias prévias realizadas:	
Data:	Achados:
Data:	Achados:
Data:	Achados:
Colonoscopia inicial:	Colonoscopia atual:

Identificação Médico Assistente

Data:	Assinatura, nome legível e nº inscrição no CRM legível: