



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO BRAQUITERAPIA

GRUPOIMNE

Data: Setembro/2022 Versão: 002

Nome Completo:	_____		
Nome Social:	_____		
Gênero:	_____	D.N.:	/ /
Nº Atendimento:	_____	Leito/Andar:	_____
<b>Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui</b>			

O tratamento de Braquiterapia consiste no posicionamento de aplicadores ginecológicos e administração de radiação ionizante no local/região da doença, e tem como finalidade erradicar/reduzir o tumor, prevenir recidivas ou aliviar sintomas.

Por este instrumento, o(a) paciente \_\_\_\_\_ portador da RG nº \_\_\_\_\_ e/ou seu responsável \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declara(m) que:

- 1- Recebi as explicações quanto aos benefícios, alternativas e riscos do tratamento, bem como sobre as consequências de não realizá-lo;
- 2- Fui informado(a) que a resposta ao tratamento braquiterápico depende do estágio de evolução da doença, localização e tolerância do órgão acometido e das estruturas vizinhas;
- 3- Fui esclarecido(a) que as radiações aplicadas sobre os tecidos podem ocasionar reações adversas de maior ou menor intensidade, apesar dos cuidados profissionais que me assistem:

Nas irradiações em tumores pélvicos podem ocorrer:

- Reações em mucosa vaginal (vermelhidão, ardor, alteração na pigmentação, descamação e estenose);
  - Cólica abdominal;
  - Diarréia;
  - Irritação da bexiga, com ardência e urgência urinária;
  - Hemorragia;
  - Fístulas.
- 4- Fui esclarecida que devo informar ao médico(a) sobre possível gravidez existente e que não devo engravidar durante o tratamento;
  - 5- Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s);
  - 6- Consinto, portanto, ao(à) médico(a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Campos dos Goytacazes, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_



GRUPOIMNE

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO BRAQUITERAPIA

Data: Setembro/2022 Versão: 002

Nome Completo:	_____		
Nome Social:	_____		
Gênero:	_____	D.N.:	/ /
Nº Atendimento:	_____	Leito/Andar:	_____

**Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui**

**Código de Ética Médica – Art. 22º.** É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

**Art. 34º.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante 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.

