

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: Dezembro/2022 Versão: 002

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

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

1- Fui informado(a) pelo médico que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alterações, diagnóstico(s) e prognóstico de meu estado de saúde: _____.

2- Recebi todas as explicações necessárias, em linguagem clara e acessível, quanto à(s) patologia(s), riscos, tratamento proposto, seus riscos, benefícios, efeitos colaterais, prognóstico, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

3- Fui informado(a) do risco de alteração na fertilidade pela doença e/ou tratamento instituído e sobre os métodos possíveis para minimizá-lo ou mesmo métodos artificiais para promover uma futura gravidez, sendo definida pela minha livre opção.

4- Comprometo-me, neste ato, por mim ou como responsável pelo paciente, a adotar medidas eficazes e eficientes de contracepção (homens e mulheres) durante toda a duração do tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, bioterapia, pequenas moléculas, anticorpos monoclonais, dentre outros) e até o período indicado pelo médico após o seu término.

5- Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s)

para tentar curar ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) de saúde, poderá(ao) ocorrer outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer intercorrência(s) e/ou outra(s) situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuita(s), não obstante toda a técnica e boa indicação do tratamento realizado.

6- Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos (biópsias de crista ilíaca ou mielograma, punção lombar, paracentese, toracocentese entre outros ou na administração de tratamento sistêmico, como o (s) citado (s), podem ocorrer efeitos adversos ou complicações gerais como, mas não apenas, sangramento, infecção, perda de pelos, complicações trombo-embólicas, alterações na visão e audição, assim como alterações neuromotoras, vômitos, diarreia, aftas, perda de apetite, reações alérgicas e efeitos colaterais próprios da quimioterapia e, até mesmo, insucesso do procedimento.

7- Este Termo de Consentimento Informado e Esclarecido está de acordo com as disposições do novo Código de Ética Médica vigente a partir de 13 de abril de 2010, publicado no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009, em especial com as disposições de seu Capítulo IV, artigo 22: "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."

8- Por livre e autônoma manifestação de vontade, após ampla discussão de todas as questões levantadas, sentindo-me plenamente esclarecido(a) em todas as dúvidas que suscitei e demais que foram suscitadas pelo médico, autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, conforme a indicação médica.

9- Esta autorização é dada ao(à) médico(a) _____, bem como

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: Dezembro/2022 Versão: 002

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

ao(s) membro(s) de sua equipe e/ou outro(s) profissional(ais) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional quanto à necessidade de participação.

10- Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações constantes neste documento, antes de sua assinatura.

11- Consinto, portanto, que o(a) médico(a) acima identificado realize o(s) procedimento(s) e/ou tratamento e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponível no local onde se realiza o(s) tratamentos.

Campos dos Goytacazes, ____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

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.