

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRATAMENTO COM RADIOTERAPIA-CABEÇA E PESCOÇO

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: / /

Nome da mãe: _____

DECLARANTE: () Paciente () Responsável ou Representante legal

Eu _____,

CPF: _____ . RG: _____.

Declaro que fui, conforme assinado abaixo, suficientemente esclarecido(a) sobre o tratamento com radioterapia de _____

a que vou me submeter com o(a) médico(a) que me atendeu em consulta, o(a) Dr(a) _____, e que consistirá em aplicações de

Raio-X todos os dias úteis, em quantidade a ser definida após o planejamento.

LATERALIDADE: Direito () Esquerdo () Bilateral () Não se aplica ()

Estou ciente que, durante o tratamento, poderei apresentar alguns efeitos colaterais mais frequentes e outros menos, bem como riscos, sendo que os principais deles são os seguintes:

- Radiodermite (inflamação da pele, com possível surgimento de manchas, bolhas e feridas);
- Mucosite e Disfagia (dor, dificuldade ou até impossibilidade de se alimentar);
- Disfonia (problemas para falar);
- Problemas dentários;
- Diminuição da salivagem (boca seca);
- Alteração do paladar;
- Mielite (inflamação da medula espinhal com perda dos movimentos);
- Osteoradionecrose (morte do osso);
- Queda de cabelo localizada; Inflamação na mucosa;

Fui informado(a) sobre minhas possibilidades de cura, porém, estou ciente de que não é possível garantir este resultado desejado e pode ocorrer mudança do plano original do tratamento, no decorrer do curso das aplicações.

Declaro também que fui informado(a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado, tais como: Serão feitos 2 (dois) pequenos pontos de tatuagem definitiva na pele; evitar o sol e cuidar da pele conforme orientações; Não é recomendado o uso de bebida alcoólica e tabagismo (fumar), informar o uso de medicamentos; Avisar se surgirem sintomas leves e graduais, se ocorrerem sintomas intensos ou agudos, procurar uma emergência e, especialmente, evitar interromper o tratamento sem orientação médica e avisar o(a) médico(a) caso ocorram quaisquer efeitos colaterais.

Declaro também que meu médico me esclareceu sobre minha atual condição de saúde e dúvidas sobre o meu tratamento.

Por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o (s) procedimento (s) seja (m) realizado (s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar situação (ões) imprevisível (eis) e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Declaro estar ciente de que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Tive oportunidade de fazer perguntas, e quando fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, incluindo transfusão sanguínea e/ou

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRATAMENTO COM RADIOTERAPIA-CABEÇA E PESCOÇO

hemoderivados e cirurgias que sejam necessários (as) em decorrência de situações imprevistas que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da instituição, desde que a minha identidade seja preservada

Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo meu médico e/ou (a)/cirurgião, sem qualquer ônus financeiro presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo e minha integridade.

Declaro que li, compreendi e recebi os devidos esclarecimentos, incluindo no que diz respeito à possibilidade do procedimento não surtir o efeito esperado e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas durante o próprio procedimento, anteriormente programado, 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;

Esta autorização é dada ao médico acima citado, bem como a seu assistente e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento e de acordo com seu julgamento profissional, quanto a necessidade de coparticipação.

Sem mais dúvidas, assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Desta maneira, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Maceió, _____ de _____ de _____ Hora: _____:_____

- () Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
 () Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Assinatura e carimbo do Médico

OBSERVAÇÃO: MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar).

Assinatura do paciente ou responsável legal

Assinatura da 1ª testemunha

Assinatura da 2ª testemunha

REVOGAÇÃO/DESISTENCIA:

Data: ____/____/____ Hora: _____:_____ .

Assinatura do paciente ou responsável legal

1º via: Anexar ao Prontuário, 2º via: Entregar ao Paciente