

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
TRATAMENTO COM RADIOTERAPIA-TÓRAX

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);
- Disfagia e fístula (dor, dificuldade ou até impossibilidade de se alimentar, tanto durante como após o tratamento),
- Pneumonite actínica (inflamação do pulmão com sintomas respiratórios);
- Aumento da chance de distúrbios do coração;
- Mielite (inflamação da medula espinhal com perda de movimentos);
- Osteoradionecrose (morte do osso).

Esses possíveis efeitos me foram esclarecidos pelo(a) médico(a), bem como as características do tratamento.

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 pequenos pontos de tatuagem definitiva na pele; evitar o sol e cuidar da pele conforme orientações; Não fumar, não beber, informar 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-TÓRAX

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.