

**TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO**

Por este instrumento, o (a) paciente \_\_\_\_\_,  
portador da C.I. n. \_\_\_\_\_, e/ou seu responsável \_\_\_\_\_,  
C.I. n. \_\_\_\_\_, declara(m), para todos os fins legais, que:

- 1) Fui informado(a) pelo médico que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) relativos ao meu estado de saúde:  
  
\_\_\_\_\_.
  
- 2) Compreendi que o tratamento sugerido envolverá a administração de \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_.
  
- 3) Recebi todas as explicações necessárias, em linguagem clara e acessível, quanto à condição oncológica de que sou portador, suas complicações e prognóstico; o tratamento proposto, seus benefícios, riscos e efeitos colaterais; alternativas de tratamento; riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).
  
- 4) Fui informado(a) dos potenciais riscos de alteração na fertilidade, pela doença e/ou tratamento instituído, sobre os possíveis métodos para minimizar tais riscos e sobre os recursos artificiais para promover futura gravidez, se necessários.
  
- 5) Comprometo-me neste ato, por mim ou como responsável pelo paciente, a adotar medidas eficazes e eficientes de contracepção (homens e mulheres) durante todo o tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, bioterapia, pequenas moléculas, anticorpos monoclonais, entre outros) e após seu término, até o período indicado pelo médico.
  
- 6) Estou ciente de que, durante o tratamento com QUIMIOTERAPIA, na tentativa de melhora ou cura da(s) condição(ões) supracitada(s), poderá(ão) ocorrer outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) referido(s), assim como intercorrências imprevisíveis ou fortuitas, não obstante técnica e indicações apropriadas do tratamento realizado.
  
- 7) Estou ciente de que na administração de QUIMIOTERAPIA, e em procedimentos médicos invasivos (biópsias de crista ilíaca e mielograma, punção lombar, paracentese, toracocentese, entre outros) eventualmente necessários para o manejo da doença, podem ocorrer efeitos adversos ou complicações, agudos ou tardios, como, mas não apenas: cansaço/fadiga; reações alérgicas e cutâneas; perda de apetite, aftas, náuseas, vômito, diarreia; anemia, sangramentos, risco de infecção, complicações tromboembólicas; perda de pelos e cabelo; alterações da função sexual, renal, cardíaca e respiratória; alterações da visão, audição e alterações neuromotoras.

- 8) Estou ciente de que o(s) tratamento(s) e/ou procedimento(s) adotados(s) não assegura(m) a garantia de cura, e que a evolução da doença e/ou o resultado do tratamento pode(m) tornar necessário modificar as condutas inicialmente propostas.
- 9) Compreendi nada dever omitir em relação à minha saúde e que fica autorizado o acesso à minha ficha clínica, porventura existente noutro estabelecimento médico-hospitalar, e a solicitação de segundas vias de exames laboratoriais e de imagem, entre outros.
- 10) Por livre e autônoma manifestação da vontade, após ampla discussão de todas as questões levantadas, sentindo-me plenamente esclarecido(a) em todas as dúvidas por mim suscitadas, autorizo a realização de **QUIMIOTERAPIA**, e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, como transfusões de sangue, conforme indicação médica.
- 11) Esta autorização é dada ao(à) médico(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o n.º \_\_\_\_\_, bem como ao(s) membro(s) de sua equipe e/ou outro(s) profissionais por ele selecionado(s) a intervir a meu benefício, de acordo com o seu julgamento quanto à necessidade de co-participação.
- 12) Este Termo de Consentimento Informado e Esclarecido está de acordo com as disposições Código de Ética Médica vigente a partir de 13 e abril de 2010, e publicado no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009, em especial com o que determina o artigo 22, Capítulo IV: *“É vedado ao médico deixar de obter consentimento informado do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.”*
- 13) Tive 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.
- 14) Consinto, portanto, que o(a) médico(a) acima identificado realize o(s) procedimento(s) e/ou tratamento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para alcançar os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina, e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s).

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG N°	RG N°

**TESTEMUNHAS**

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada.

	Nome	Assinatura	RG
1			
2			

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

Confirmando que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seus familiar(es) ou responsável(is) os propósitos, benefícios, riscos, prognósticos e as alternativas para o(s) tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos, julgando-os em condições de compreender o que lhes foi informado e respondendo-lhes aos questionamentos.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.**

**1º Via do Paciente.**

### **TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO**

Por este instrumento, o (a) paciente \_\_\_\_\_,  
portador da C.I. n. \_\_\_\_\_, e/ou seu responsável \_\_\_\_\_,  
C.I. n. \_\_\_\_\_, declara(m), para todos os fins legais, que:

- 1) Fui informado(a) pelo médico que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) relativos ao meu estado de saúde:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
- 2) Compreendi que o tratamento sugerido envolverá a administração de \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_.
- 3) Recebi todas as explicações necessárias, em linguagem clara e acessível, quanto à condição oncológica de que sou portador, suas complicações e prognóstico; o tratamento proposto, seus benefícios, riscos e efeitos colaterais; alternativas de tratamento; riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).
- 4) Fui informado(a) dos potenciais riscos de alteração na fertilidade, pela doença e/ou tratamento instituído, sobre os possíveis métodos para minimizar tais riscos e sobre os recursos artificiais para promover futura gravidez, se necessários.
- 5) Comprometo-me neste ato, por mim ou como responsável pelo paciente, a adotar medidas eficazes e eficientes de contracepção (homens e mulheres) durante todo o tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, bioterapia, pequenas moléculas, anticorpos monoclonais, entre outros) e após seu término, até o período indicado pelo médico.
- 6) Estou ciente de que, durante o tratamento com QUIMIOTERAPIA, na tentativa de melhora ou cura da(s) condição(ões) supracitada(s), poderá(ão) ocorrer outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) referido(s), assim como intercorrências imprevisíveis ou fortuitas, não obstante técnica e indicações apropriadas do tratamento realizado.
- 7) Estou ciente de que na administração de QUIMIOTERAPIA, e em procedimentos médicos invasivos (biópsias de crista ilíaca e mielograma, punção lombar, paracentese, toracocentese, entre outros) eventualmente necessários para o manejo da doença, podem ocorrer efeitos adversos ou complicações, agudos ou tardios, como, mas não apenas: cansaço/fadiga; reações alérgicas e cutâneas; perda de apetite, aftas, náuseas, vômito, diarreia; anemia, sangramentos, risco de infecção, complicações tromboembólicas; perda de pelos e cabelo; alterações da função sexual, renal, cardíaca e respiratória; alterações da visão, audição e alterações neuromotoras.

- 8) Estou ciente de que o(s) tratamento(s) e/ou procedimento(s) adotados(s) não assegura(m) a garantia de cura, e que a evolução da doença e/ou o resultado do tratamento pode(m) tornar necessário modificar as condutas inicialmente propostas.
- 9) Compreendi nada dever omitir em relação à minha saúde e que fica autorizado o acesso à minha ficha clínica, porventura existente noutro estabelecimento médico-hospitalar, e a solicitação de segundas vias de exames laboratoriais e de imagem, entre outros.
- 10) Por livre e autônoma manifestação da vontade, após ampla discussão de todas as questões levantadas, sentindo-me plenamente esclarecido(a) em todas as dúvidas por mim suscitadas, autorizo a realização de **QUIMIOTERAPIA**, e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, como transfusões de sangue, conforme indicação médica.
- 11) Esta autorização é dada ao(à) médico(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o n.º \_\_\_\_\_, bem como ao(s) membro(s) de sua equipe e/ou outro(s) profissionais por ele selecionado(s) a intervir a meu benefício, de acordo com o seu julgamento quanto à necessidade de co-participação.
- 12) Este Termo de Consentimento Informado e Esclarecido está de acordo com as disposições Código de Ética Médica vigente a partir de 13 e abril de 2010, e publicado no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009, em especial com o que determina o artigo 22, Capítulo IV: “É vedado ao médico deixar de obter consentimento informado do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.”
- 13) Tive 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.
- 14) Consinto, portanto, que o(a) médico(a) acima identificado realize o(s) procedimento(s) e/ou tratamento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para alcançar os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina, e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s).

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG N°	RG N°

**TESTEMUNHAS**

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada.

	Nome	Assinatura	RG
1			
2			

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

Confirmando que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seus familiar(es) ou responsável(is) os propósitos, benefícios, riscos, prognósticos e as alternativas para o(s) tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos, julgando-os em condições de compreender o que lhes foi informado e respondendo-lhes aos questionamentos.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.  
2º Via do Médico.**

**TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO**

Por este instrumento, o (a) paciente \_\_\_\_\_,  
portador da C.I. n. \_\_\_\_\_, e/ou seu responsável \_\_\_\_\_,  
C.I. n. \_\_\_\_\_, declara(m), para todos os fins legais, que:

- 1) Fui informado(a) pelo médico que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) relativos ao meu estado de saúde:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 2) Compreendi que o tratamento sugerido envolverá a administração de \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_.

- 3) Recebi todas as explicações necessárias, em linguagem clara e acessível, quanto à condição oncológica de que sou portador, suas complicações e prognóstico; o tratamento proposto, seus benefícios, riscos e efeitos colaterais; alternativas de tratamento; riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

- 4) Fui informado(a) dos potenciais riscos de alteração na fertilidade, pela doença e/ou tratamento instituído, sobre os possíveis métodos para minimizar tais riscos e sobre os recursos artificiais para promover futura gravidez, se necessários.

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

- 6) Estou ciente de que, durante o tratamento com QUIMIOTERAPIA, na tentativa de melhora ou cura da(s) condição(ões) supracitada(s), poderá(ão) ocorrer outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) referido(s), assim como intercorrências imprevisíveis ou fortuitas, não obstante técnica e indicações apropriadas do tratamento realizado.

- 7) Estou ciente de que na administração de QUIMIOTERAPIA, e em procedimentos médicos invasivos (biópsias de crista íliaca e mielograma, punção lombar, paracentese, toracocentese, entre outros) eventualmente necessários para o manejo da doença, podem ocorrer efeitos adversos ou complicações, agudos ou tardios, como, mas não apenas: cansaço/fadiga; reações alérgicas e cutâneas; perda de apetite, aftas, náuseas, vômito, diarréia; anemia, sangramentos, risco de infecção, complicações tromboembólicas; perda de pelos e cabelo; alterações da função sexual, renal, cardíaca e respiratória; alterações da visão, audição e alterações neuromotoras.

- 8) Estou ciente de que o(s) tratamento(s) e/ou procedimento(s) adotados(s) não assegura(m) a garantia de cura, e que a evolução da doença e/ou o resultado do tratamento pode(m) tornar necessário modificar as condutas inicialmente propostas.
- 9) Compreendi nada dever omitir em relação à minha saúde e que fica autorizado o acesso à minha ficha clínica, porventura existente noutro estabelecimento médico-hospitalar, e a solicitação de segundas vias de exames laboratoriais e de imagem, entre outros.
- 10) Por livre e autônoma manifestação da vontade, após ampla discussão de todas as questões levantadas, sentindo-me plenamente esclarecido(a) em todas as dúvidas por mim suscitadas, autorizo a realização de **QUIMIOTERAPIA**, e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, como transfusões de sangue, conforme indicação médica.
- 11) Esta autorização é dada ao(à) médico(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o n.º \_\_\_\_\_, bem como ao(s) membro(s) de sua equipe e/ou outro(s) profissionais por ele selecionado(s) a intervir a meu benefício, de acordo com o seu julgamento quanto à necessidade de co-participação.
- 12) Este Termo de Consentimento Informado e Esclarecido está de acordo com as disposições Código de Ética Médica vigente a partir de 13 e abril de 2010, e publicado no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009, em especial com o que determina o artigo 22, Capítulo IV: “É vedado ao médico deixar de obter consentimento informado do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.”
- 13) Tive 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.
- 14) Consinto, portanto, que o(a) médico(a) acima identificado realize o(s) procedimento(s) e/ou tratamento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para alcançar os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina, e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s).

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG N°	RG N°



**TESTEMUNHAS**

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada.

	Nome	Assinatura	RG
1			
2			

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

Confirmo que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seus familiar(es) ou responsável(eis) os propósitos, benefícios, riscos, prognósticos e as alternativas para o(s) tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos, julgando-os em condições de compreender o que lhes foi informado e respondendo-lhes aos questionamentos.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.  
3º Via do Hospital.**