

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**DN:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Atendimento:** \_\_\_\_\_ **Prontuario:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_

1. Fui informado (a) pela equipe médica de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração (ões), diagnósticos e/ou hipóteses diagnósticas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

2. A equipe médica me explicou o procedimento a que serei submetido, que consiste na realização de

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

que tem como objetivo principal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

3. A terapia antineoplásica será realizada com os seguintes medicamentos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

aproximadamente \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ meses.

\_\_\_\_\_ ciclos

Tempo indeterminado. O tratamento será interrompido ou continuará, a depender da tolerância do paciente e da resposta ao tratamento.

A duração do tratamento não é fixa, podendo ser alterado em função de vários fatores. Não há garantia absoluta que o câncer será curado. Além do tratamento antineoplásico, pode haver necessidade de outros procedimentos para conseguirmos a cura.

4. A equipe médica me explicou sobre os principais efeitos colaterais/ eventos adversos relacionados ao medicamentos que utilizamos contra o cancer , listados abaixo. É importante entender que cada medicamento utilizado no tratamento, possui um efeito colateral mais comum, mais que outros efeitos mais raros podem acontecer, mais toda nossa equipe irá acompanhar rigorosamente durante todo o tratamento.

<b>Pele e Anexos</b>	Alopecia- Perda de Cabelo
	Alterações na Pele e Unhas (Ressecamento e Alterações de Coloração)
	Reações Alérgicas
<b>Sistema Neurológico</b>	Neuropatia Periférica (Formigamento, Alteração de Sensibilidade e /ou nas Mãos e nos Pés)
	Cefaléia - Dor de Cabeça.
	Alterações de Visão
	Alterações de Audição
<b>Psicológico</b>	Alteração de Humor
<b>Sistema Digestório</b>	Náuseas/ Vômito
	Mucosite: Feridas na Boca e Garganta
	Perda de Appetite
	Alterações Nutricionais: Perda de algumas Vitaminas e Minerais
	Alterações no Fígado
	Constipação e Intestino Preso
	Diarreia
<b>Hematológicas</b>	Anemia- Redução na Contagem de Glóbulos Vermelhos
	Diminuição dos Glóbulos Brancos, aumento do Risco para Infecções
	Risco para Sangramento
<b>Musculo-Esquelético</b>	Fraqueza ou Desamino no Corpo
	Dores nos Ossos e nos Músculos, podendo até Diminuir a força da dos Ossos e Músculos
<b>Endocrinológico</b>	Elevação da Glicose Sanguínea (Diabetes Mellitus)
	Alteração na Função da Tireoide (Hiper ou Hipotireoidismo)
	Enfraquecimento da Hipófise (Glândula que fica dentro da Cabeça)
	Enfraquecimento das Adrenais (Gandulas que ficam logo acima dos Rins)
<b>Sistema Geniturinário</b>	Alterações nos Rins e Bexiga
	Sangramento na Urina
<b>Sistema Cardiovascular</b>	Enfraquecimento do Coração (Insuficiência Cardíaca)
	Oscilações na Pressão Arterial
	Complicações Trombóticas (Entupimento das Veias e/ou Artérias, podendo levar a Trombose nos Braços, Pernas ou até mesmo no Pulmão- Embolia Pulmonar)
<b>Sistema Respiratório</b>	Tosse, Falta de Ar
	Inflamações nos Pulmões
<b>Sistema Reprodutivo</b>	Efeitos na Libido (Diminuição na Vontade de fazer Sexo)
	Disfunções Sexuais
	Câncer de Útero – é bastante incomum e raro, mas pode acontecer
	Fogachos – “Calorões”
	Pode levar a Esterilidade em Homens e Mulheres, ou seja, após o Tratamento, Homens e Mulheres podem Encontrar muita Dificuldade para ter Filhos

5. Durante o tratamento com medicamentos administrados pela veia do braço ou cateter venoso central, mesmo utilizando todas as medicações para evitar as reações alérgicas, alguns paciente podem apresentar reações leves, moderadas ou ate mesmo graves, com necessidade de serem encaminhados a sala de estabilização do centro de infusão da quimioterapia, a emergência ou ate mesmo a UTI, considerando que cada organismo pode reagir de um jeito, e as equipes medicas infelizmente não conseguem prever como cada organnismo vai reagir. O risco pode variar entre 0,01 a 7%. Precisamos da compreensão por parte do paciente, família e/ou responsável legal, sobre os possíveis efeitos, riscos e benefícios decorrentes do tratamento, e também a permissão para que o tratamento seja realizado no tempo e na frequência programados pela equipe e conforme a prescrição médica, e que apesar dos cuidados e experiências dos profissionais envolvidos na administração dos quimioterápicos injetáveis pela veia ou intramuscular, algumas medicações pode causar dor local ou danificar as veias, principalmente se em algum momento a veia estiver fraca e o medicamento extravasar.
6. Eu e/ou meu familiar e/ou responsável, nos comprometemos a comunicar o serviço de oncologia via telefone ou presencialmente nas consultas, sobre os efeitos colaterais que estão ocorrendo, e que se necessário, vou procurar atendimento médico mais próximo para avaliação, principalmente quando não estiver melhorando com os remédios que o meu médico oncologista me orientou ou prescreveu. A depender das reações, precisaremos suspender definitivamente o medicamento, diminuir a dose ou troca-lo.
7. Estou ciente que deverei informar à equipe do serviço de oncologia todos e quaisquer medicamentos/terapias por mim utilizados durante o período de tratamento, sejam eles naturais, homeopáticos e/ou suplementos. Me foi explicado que algumas substâncias podem interagir ou misturar com a os medicamentos do tratamento, aumentando ou reduzindo a eficácia os riscos de reações adversas do tratamento oncológico.

8. Fui informado (a) do risco de alteração na fertilidade, decorrente da doença e/ou do tratamento instituído, e sobre os métodos possíveis para preservá-la. Comprometo-me como paciente ou como responsável pelo paciente, a adotar medidas eficazes e eficientes de contracepção (homens e mulheres) durante toda a duração do tratamento e o período indicado pelo médico.
9. Reconheço que durante a administração dos medicamentos utilizados contra o cancer ou no período pós-terapia, novas condições podem requerer mudança na terapia instituída e procedimentos adicionais, exemplificados por: suspensão do tratamento, hospitalizações, transfusões de sangue e seus componentes, aplicações de antibióticos, medicações adicionais para tratar enjôo, vômitos e diarreia, exames, aplicação de laser de baixa intensidade para prevenção ou tratamento de mucosite (aftas na boca ou sapinho) e/ou medicamentos. Complicações graves são raras, podendo levar à hospitalização prolongada ou a danos irreversíveis.
10. Autorizo a coleta de sangue na vigência exclusivamente de exposição acidental (de servidores e/ou terceiros), a risco biológico, para a realização de exames sorológicos.
11. Estou ciente de que a dor pode ocorrer durante e após o tratamento realizado e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário. Compreendi a importância de comunicar à equipe assistencial a ocorrência de dor.
12. Fui informado (a) ainda sobre os riscos psicossociais durante e pós-tratamento, incluindo: ansiedade, depressão, alteração da imagem corporal, transtorno de estresse pós-traumático, afastamento temporário das atividades de vida diária e laborais, as quais eventualmente resultam em impacto socioeconômico. Fui informado a equipe de saúde envolvida no meu cuidado poderá me orientar sobre suporte psicológico, psiquiátrico e social, caso necessário.
13. A taxa de mortalidade relacionada a terapia antineoplásico depende de fatores como o diagnóstico oncológico, o estadiamento e fase da doença, assim como morbidade pregressa, condição nutricional e performance do paciente.
14. Embora o enfoque deste termo de consentimento, livre e esclarecido (TCLE), seja a sua aceitação quanto ao tratamento e o uso dos medicamentos utilizados contra o câncer (quimioterapia ou imunoterapia), é importante informarmos, que EM ALGUM MOMENTO, será discutido e proposto a você, tratamentos complementares como cirurgias e radioterapia, para complementarmos o tratamento. Nossa equipe sempre irá conversar com você ou com o seu responsável, sobre a necessidade de novos tratamentos, antes de realizarmos, e sempre será respeitada acima de tudo, a sua decisão, respeitando o princípio da autonomia (previsto no código de ética médica, que descreve sobre a capacidade do paciente tomar suas decisões relacionadas a sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais).
15. Tive oportunidade de esclarecer todas minhas dúvidas e discutir individualmente os riscos relativos ao tratamento, após ter lido e compreendido todas as informações neste documento, antes de sua assinatura.
16. Esta autorização é dada ao (à) médico (a) \_\_\_\_\_ bem como ao(s) seu(s) assistente(s), de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.
17. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.
18. Se em algum momento, o meu quadro piorar, e a medicina não conseguir oferecer um tratamento que possa ser eficaz para a doença e curar a doença, gostaria que a equipe médica pudesse conversar sobre o assunto diretamente comigo e também com 2 familiares e/ou amigos da minha confiança.

Escreva os nomes, nas linhas abaixo.

1. \_\_\_\_\_ Tel:( ) \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Tel:( ) \_\_\_\_\_

Se algum momento, o meu quadro piorar, e a medicina não conseguir oferecer um tratamento que possa ser eficaz para curar a doença, gostaria que a equipe médica converse com alguém da minha confiança. Eu não gostaria que conversasse comigo sobre esse assunto. Escreva os nomes, em cima da linha abaixo.

1. \_\_\_\_\_ Tel:( ) \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Tel:( ) \_\_\_\_\_

### ***Deve ser Preenchido pelo Médico***

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Itajuba \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

### ***Deve ser Preenchido pelo Paciente ou Familiar (responsavel)***

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

Paciente

Responsável (Grau de Parentesco):

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Identidade N.º: \_\_\_\_\_

Itajuba \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

### ***Deve ser Preenchido pela Testemunha***

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Identidade N.º: \_\_\_\_\_

Itajuba \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Obs.:** Declaro ciência que as informações aqui coletadas se trata de dados pessoais e são necessários para a prestação dos serviços hospitalares, tendo ainda conhecimento que o HCl possui um Comitê de Segurança da Informação, cumprindo as normas da LGPD.