Anchieta
KoraSaúde UNIQUE

# TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

| CÓDIGO | NOME | REVISÃO |
|---|---|---|
| HAT OD UNQ063 | TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO | RV00 |

Por este instrumento, o (a) paciente:

portador da C.I. nº e/ou seu responsável ,
C.I. nº declaram 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 tromboembólicas, 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 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 coparticipação.

**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.

Paciente
RG

Responsável pelo paciente
RG

**Testemunhas**:

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada.

1) Assinatura:

Nome legível:

RG:

2) Assinatura:

Nome legível:

RG:

Confirmo que expliquei detalhadamente para que o(a) paciente e/ou seus familiar(es) ou responsável(is) o propósito, os riscos, benefícios, prognósticos e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos.

Data:

Médico
CRM