**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Quimioterapia Intravesical** |

|  |
| --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento designado **I Quimioterapia Intravesical** (o “Procedimento”), a ser realizado no Hospital Orizonti, localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

**PROTOCOLO MEDICAMENTOSO:** Compreendi que o tratamento sugerido envolverá a administração do seguinte protocolo medicamentoso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_que tem por finalidade destruir, controlar ou inibir o crescimento das células doentes.

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**: O procedimento consiste na introdução, pela uretra, de um cateter (sonda) vesical pelo qual é injetada o fármaco de escolha para o tratamento. O tipo do dispositivo (“demora” ou “alívio”) e o calibre da sonda vesical poderá variar conforme finalidade e características individuais de cada paciente que pode ser de conhecimento prévio do paciente ou não (como dificuldade de reter o fármaco no tempo adequado). Também pode-se utilizar agente anestésico tópico para mitigar desconforto uretral e evitar traumas durante o procedimento.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES**: Durante os procedimentos médicos invasivos necessários (cateterismo vesical) e/ou na administração do tratamento global, como o (s) citado(s) podem acontecer efeitos colaterais ou complicações gerais.

I) Os efeitos colaterais podem incluir sangramento leve, desconforto ao urinar (disúria), infecção, irritação na pele ou mucosa, cistite, reações alérgicas, e outros específicos para cada tipo de tratamento. O sangramento que evolui para coágulos deve ser avaliado por um médico devido ao risco de obstrução uretral. Também existe a possibilidade de falha no procedimento.

II) No tratamento com Bacillus Calmette-Guerin (BCG), até 85% dos pacientes podem experimentar febre, mal-estar e desconforto na bexiga nas horas após a aplicação, mesmo sem evidências de infecção nos exames de urina. Infecções sistêmicas são possíveis; se os sintomas persistirem por mais de 48 horas, é necessário buscar atendimento médico.

III) O cateterismo vesical e a medicação podem causar disúria, sangramento leve e trauma uretral, potencialmente levando a infecções. O paciente deve procurar atendimento médico se ocorrer sangramento intenso, coágulos na urina, febre (>37,8ºC), ou alterações na urina (turva, odor fétido, muito concentrada).

**Atenção:**

**Informações sobre os efeitos colaterais e cuidados necessários foram fornecidas e serão detalhadas por escrito na Guia do Paciente, incluindo orientações sobre os medicamentos a serem utilizados.**

Declaro que:

1. Fui informado (a) pelo médico sobre as avaliações e exames realizados, diagnóstico (s) e prognóstico de meu estado de saúde.

2. Assim, declaro também estar ciente de que o tratamento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

3. Recebi todas as explicações necessárias, em linguagem clara e compreensível, quanto à(s) patologia(s), tratamento proposto, seus riscos, compreendendo que minha saúde poderá melhorar ou não, podendo haver a melhora dos sintomas da doença, dos exames laboratoriais e/ou de imagem, sendo considerado que a minha condição de saúde também poderá piorar. Adicionalmente obtive informações benefícios, efeitos colaterais, prognóstico e alternativas de tratamento. E sobre os riscos e/ou benefícios de não tomar nenhuma atitude terapêutica (de tratamento) frente à natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s), inclusive risco de vida.

4.  Fui informado(a) do risco de alteração da minha fertilidade pela doença e/ou tratamento que será começado, e sobre os métodos possíveis para diminuir ao mínimo os efeitos sobre ela. Fui também informado(a) sobre a possibilidade de usar métodos artificiais para promover uma futura gravidez, o que decidirei pela minha livre escolha.

5. Eu me comprometo ao assinar este documento como paciente - ou o responsável por mim - a adotar medidas eficazes e eficientes para evitar uma gravidez (contracepção) durante toda a duração do tratamento até o período indicado pelo médico após o término do tratamento global necessário.

6. Estou consciente de que durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s), para tentar curar ou melhorar a(s) minha(s) condição(ões) de saúde, poderá(ão) acontecer outra(s) situação(ões), ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) e procedimento(s) necessário(s). Estou também consciente de que poderá(ão) haver intercorrência(s) e/ou outra(s) situação(oes) imprevistas(s) e/ou inesperadas, apesar da correta indicação e da correta técnica usada no tratamento a ser feito.

7. Pela livre e própria manifestação da minha vontade e após completa discussão de todas as questões levantadas e me sentindo totalmente esclarecido(a) em todas as dúvidas que apresentei - além das demais que me foram levantadas pelo médico - eu autorizo que o(s) procedimento(s) e o(s) tratamento(s) necessários(s) seja(m) realizado(s) conforme a indicação medica,  da forma como me foi exposto no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e discutido com o médico.

8. Esta autorização é dada ao (à) médico(a): abaixo, 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 co-participação.

9. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s) e tratamento(s) após ter lido e compreendido todas as informações apresentadas neste documento antes de sua assinatura.

10. Eu consinto, desta forma, que o médico realize o(s) procedimento(s) e/ou tratamento(s) e permito que ele utilize o seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos atualmente pela medicina e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s).

11. O Grupo Orizonti com objetivo de acompanhar e orientar os clientes/familiares quanto a continuidade dos cuidados, acompanha o percurso assistencial do paciente dentro das nossas instituições e após a alta hospitalar. Dessa forma, o Grupo Orizonti recebe, armazena, utiliza e analisa dados pessoais e sensíveis relacionados à sua saúde. Para acompanhamento e orientações relacionadas ao seu tratamento, você está ciente e aceita receber contatos de profissionais de saúde, seja por telefone, e-mail, SMS ou aplicativo de mensagem. Além de receber conteúdos assistenciais relacionados às suas condições de saúde, através dos canais de comunicação.

12. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

13. 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(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do tratamento proposto e dos demais procedimentos necessários.**

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)**Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para a situação acima descrita.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**