**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Quimioterapia Oral** |

|  |
| --- |
| **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 **Quimioterapia Oral** (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:

Este documento visa esclarecer as dúvidas referente ao tratamento instituído, além de dar autorização ao médico responsável bem como os membros da equipe realizarem acompanham o meu monitoramento do tratamento. Este documento contém as principais informações relacionados à Terapia Antineoplásica / Hormonioterapia, com a(s) seguinte(s) droga(s):

( ) GEFITINIBE ( ) PAZOPANIBE ( ) SUNITINIBE ( ) CLORAMBUCILA

( ) IMATINIBE ( ) TAMOXIFENO ( ) TEMOZOLAMIDA ( ) LETROZOL

( ) DESATINIBE ( ) TIOGUANINA ( ) MEGESTAT ( ) PALBOCICLIBE

( ) CRIZOTINIBE ( ) LAPATINIBE ( ) DIETIBESTROL ( ) LAPATINIBE

( ) PALBOCICLIBE ( ) HIDROXIUREA ( ) TRETINOÍNA ( ) ENZALUTAMIDA

( ) VENETOCLAX ( ) CICLOFOSFAMIDA ( ) MELFALAN ( ) VERMURAFENIBE

( ) ETOPOSIDEO ( ) ERLOTINIBE ( ) VINORELBINA

Terapia essa, a qual serei submetido (a), sendo apresentada de forma clara e verbal pelo médico, as informações sobre a proposta terapêutica, os riscos, os benefícios, os possíveis efeitos colaterais, complicações adicionais e alternativas.

Estas informações estão inseridas no Folder interdisciplinar entregue pela equipe interdisciplinar.

Declaro ainda que tive a oportunidade de formular todas as perguntas relacionadas ao tratamento, à droga e seus potenciais riscos, que poderão implicar na interrupção automática de meu tratamento.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos com o tratamento proposto e que estou ciente de que podem ocorrer reações durante o Tratamento com uso de Drogas Antineoplásicas / Hormonioterapia, havendo a possibilidade de ser necessária a modificação da proposta inicial acima mencionada, em virtude de situações imprevistas.

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 tambem informado(a) sobre a possibilidade de usar métodos artificiais para promover uma futura gravidez, o que decidirei pela minha livre escolha.

Eu me comprometo (homens e mulheres) 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 sistêmico e até o período indicado pelo médico após o seu término.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que foi esclarecido e que foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.  Também estou ciente que a qualquer tempo poderei retirar o meu consentimento, que implicará na interrupção automática de meu tratamento.

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.

Diante do acima exposto, **autorizo a realização do tratamento com a aplicação da droga antineoplásica acima mencionada.**

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**