**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TERAPIA RADIOISOTÓPICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **PACIENTE** | **RESPONSÁVEL OU REPRESENTANTE** |
| **Cole aqui a etiqueta**  **Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **RG:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(preencher somente na falta da etiqueta)** | **Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Grau de parentesco**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **RG:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tel:** (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO / TRATAMENTO**: Terapia radioisotópica consiste em uma modalidade de tratamento onde se utilizam medicamentos emissores de radiação alfa e beta para obtenção do efeito desejado. Algumas dessas terapias já são aplicadas há décadas, contudo, novas terapias têm sido desenvolvidas nos últimos anos. Embora concentrem alta energia, esses materiais radioativos irão se acumular nas células-alvo doentes (terapia alvo-específica), depositando doses letais de radiação nestas células e poupando os tecidos sadios. As terapias com isótopos radioativos são aplicadas tanto para doenças malignas, como doenças benignas. As principais indicações desses tratamentos incluem doenças da glândula tireoide, neoplasia de próstata e neoplasias neuroendócrinas. Algumas outras indicações, em situações específicas, podem ser avaliadas. Os objetivos do tratamento vão desde prevenir eventuais recorrências da doença, tratar doenças que não tiveram resposta satisfatória aos esquemas prévios ou simplesmente buscar alívio dos sintomas, em quadros de doenças mais avançadas. Cada tratamento possui particularidades, abordados pela equipe da Medicina Nuclear do Instituto Orizonti em cada atendimento ou na consulta de planejamento.

A existência de radiação no tratamento pode requerer uma internação temporária, com isolamento do paciente em unidades especialmente preparadas, denominadas quartos terapêuticos. Essas internações ocorrem geralmente por um ou dois dias, até que os níveis de radiação se reduzam a valores permitidos pela legislação. No entanto, em alguns tipos de terapia radioisotópica o paciente é liberado no mesmo dia.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÃO:** Alguns sintomas podem ser desencadeados logo após a administração dos radiofármacos, como náuseas e vômitos. Outros efeitos colaterais tardios, e que afetam mais de 1 em cada 10 pacientes, são decorrentes de uma eventual toxicidade na medula óssea, podendo ocorrer a redução do número de plaquetas (trombocitopenia), de leucócitos (leucopenia) ou de hemácias (anemia) ou de uma inflamação crônica das glândulas salivares, acarretando em redução da salivação (boca seca) ou alteração do paladar.

Os protocolos de segurança médica e de radioproteção estão de acordo com as normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e pelas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelecidas formalmente nos protocolos internos de procedimentos médicos da Instituição.

Esse tratamento, solicitado pelo seu médico assistente, é realizado por médicos nucleares e/ou equipe técnica operacional devidamente treinada para tal.

**Estes procedimentos estão contraindicados em gestantes e lactantes. Pacientes nessas condições devem comunicar à equipe** **médica. Pacientes mulheres também devem evitar engravidar nos próximos 06 (seis) meses.**

**Declaro, adicionalmente, que:**

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico Nuclear, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente Procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

3. O Procedimento que serei submetido possui em si os riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

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

5. Autorizo que as imagens obtidas após o Procedimento realizado sejam encaminhadas para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico, bem a veiculação das referidas imagens exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que assegurado o pleno sigilo de minha identidade.

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

7. 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), 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 Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos**.

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

|  |
| --- |
| Nome legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ |