**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Laserterapia de baixa potência (fotobiomodulação) para tratamento de mucosite oral e orofaríngea** |

|  |
| --- |
| **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, o Paciente, ou o seu Responsável, declara 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 cirurgião-dentista para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento designado **Laserterapia de baixa potência (fotobiomodulação) para tratamento de mucosite oral e orofaríngea** (o “Procedimento”), a ser realizado em uma das Unidades do Grupo Orizonti.

Assim sendo, declaro que a (o) cirurgiã (o) dentista, atendendo ao que determina o artigo 11, itens IV e X da Resolução CFO no. 118/2012 (''Código de Ética Odontológica'') e após a apresentação de métodos odontológicos 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:

**DIAGNÓSTICO**: A mucosite bucal e orofaríngea é uma inflamação das mucosas associadas ao tratamento oncológico e apresenta-se como ferimentos muito dolorosos em boca e em garganta, que podem se desenvolver durante o tratamento com radioterapia (especificamente em casos de câncer em região de cabeça e pescoço) e/ou o tratamento com quimioterapia para tumores sólidos ou onco hematológicos. Apesar destes tratamentos serem muito utilizados e apresentarem eficácia comprovada no combate ao câncer, a radiação e os medicamentos quimioterápicos podem causar, como efeito colateral, o aparecimento da mucosite em muitos casos. Estes ferimentos são semelhantes a aftas, podendo aparecer como lesão única ou várias de uma vez. Causam dor de moderada à forte para mastigar e engolir alimentos e líquidos, podem levar a diminuição da alimentação e mudar o gosto dos alimentos e podem ainda servir como porta de entrada de microrganismos, aumentando o risco de desenvolvimento de infecções.

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**: Aplicação de laserterapia de baixa potência (também chamada de fotobiomodulação) realizada por meio de aparelho específico que utiliza a luz laser em dois comprimentos de onda – vermelho e infravermelho, aplicadas diretamente sobre as mucosas, sem efeito doloroso, sem provocar novos ferimentos ou cortes, ou mesmo alteração brusca de temperatura no local. A laserterapia possui diversas indicações como estimular e acelerar a cicatrização, evitar novas lesões de mucosite, controlar a inflamação e dor locais, diminuir inchaço e, em alguns casos, tratar infecções localizadas quando o laser é usado associado a uma solução de azul de metileno (chamada terapia aPDT).

Este procedimento é amplamente utilizado para essa finalidade e apresenta comprovação em literatura científica.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, BENEFÍCIOS:** Por se tratar de uma técnica não invasiva (sem cortes ou perfurações), simples e atraumática, sem relatos clínicos de toxicidade, a aplicação do laser é ideal para o tratamento de ferimentos, sem risco de danificar as células saudáveis.

Os possíveis riscos ou desconfortos desta técnica são poucos e estão relacionados com sensação leve de calor no local da aplicação de acordo com a cor da pele do paciente ou presença de pintas ou tatuagens e manchamento (reversível) da pele quando junto à aplicação de laserterapia for necessária a aplicação tópica de azul de metileno (terapia aPDT).

O uso da laserterapia está contraindicada e não será realizada nos seguintes casos: mulheres grávidas, sobre doença neoplásica presente na região a ser irradiada, lesões clínicas ainda sem diagnóstico e sobre a pele de pacientes com história de fotossensibilidade ou que façam uso de medicações ou cosméticos fotossensíveis (isotretinoína, ácido retinoico, amiodarona, hidroxicloroquina, dentre outras).

Declaro adicionalmente, que:

1. Fui informado pela equipe assistencial do Grupo Orizonti sobre a indicação da laserterapia em meu caso.
2. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, 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 enfermidade diagnosticada.
3. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pela equipe assistencial do Grupo Orizonti, 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.
4. Estou ciente de que o exercício da Odontologia é uma atividade de meio e não de fim, portanto, nem sempre será possível obter um resultado ideal pois a principal intenção é a preservação da vida.
5. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.
6. 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 Dentista 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, [\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_\_\_:\_\_\_\_]

|  |
| --- |
| **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 o(s) Procedimento acima descrito.

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

**Assinatura do Médico Assistente ou Dentista e carimbo**