

Pelo presente termo eu,

( ) Paciente ( ) Responsável Legal do Paciente:

Grau de Parentesco:

Identidade Nº (RG):

Órgão Emissor:

Domiciliado e Residente à:

**Declaro que:**

- Fui informado pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram o(s) seguinte(s) diagnóstico(s): \_\_\_\_\_
- O Protocolo de Quimioterapia proposto inclui o(s) seguinte(s) medicamento(s): \_\_\_\_\_, administrado(s) ( ) Via oral, ( ) Via intra-muscular, ( ) Via subcutânea, ( ) Em veia periférica, com previsão de aproximadamente \_\_\_\_\_ ciclos ou até a obtenção da resposta clínica com intervalos de \_\_\_\_\_ dias entre cada ciclo, podendo haver alterações de acordo com as condições clínicas e exames laboratoriais solicitados.
- Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que o tratamento pode ser prolongado e poderá necessitar de várias sessões de quimioterapia. Entendo ainda que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo todos os profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar o tratamento antineoplásico acima citado, bem como recebi todas as explicações necessárias em linguagem clara e acessível, quanto à(s) patologia(s), riscos, tratamento proposto, 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).
- Estou ciente de que poderei apresentar reações de menor ou maior intensidade, tais como: alergias, tremores, febre, queda de cabelo, náuseas, vômito, mucosite oral, diarreia, constipação, redução do apetite e redução das células sanguíneas.
- Estou ciente que alguns medicamentos podem apresentar reações particulares, tais como: alteração no paladar, sensibilidade, alterações cardíacas, pulmonares, cutâneas, conforme orientações dadas pelo médico.
- Estou ciente que apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos em sua aplicação, algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo causar dano tecidual se extravasarem.
- Estou ciente que poderão ocorrer outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames realizados, assim como também poderão ocorrer intercorrências e/ou outras situações imprevisíveis ou fortuitas, não obstante toda técnica e boa indicação do tratamento realizado.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante este tratamento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Por livre e autônoma manifestação de vontade, após ampla discussão em todas as questões levantadas, sentindo-me plenamente esclarecido 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.
- Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, bem como revogar o presente termo a qualquer momento antes da realização do procedimento.

Nome do Paciente ou Responsável Legal: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

	RG:		RG:
Testemunha (1)		Testemunha (2)	

Hora: \_\_\_\_\_ Itajaí, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Deve ser Preenchido pelo Médico**

Expliquei todo o procedimento a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico / CRM

Hora: \_\_\_\_\_ Itajaí, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO:** O prazo máximo de validade do Termo de Consentimento Sequencial é de 01 (um) ano.

**REVOGAÇÃO**

Itajaí, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Assinatura Paciente ou Responsável Legal

	RG:		RG:
Testemunha (1)		Testemunha (2)	