

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável devidamente informado(s) por meu médico Dr.(a) \_\_\_\_\_ bem como pela equipe de profissionais que acompanham o meu tratamento no Hospital Santos Dumont, sobre os principais aspectos relacionados a Terapia Antineoplásica, com a(s) seguinte(s) droga(s)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terapia essa, a qual serei submetido, sendo apresentadas de forma clara e verbal por meu médico, as informações adicionais e alternativas.

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(emos) que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos com o tratamento proposto e que eu estou(amos) ciente(s) de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento com o uso de Drogas Antineoplásicas, havendo a possibilidade de ser necessária a modificação da proposta inicial acima mencionada, em virtude de situações imprevistas.

Outras informações importantes sobre a medicação ou tratamento proposto, encontram-se abaixo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Confirmo(amos) que recebi(emos) explicações, li(emos), compreendi(emos) e concordo(amos) 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(mos). Também estou ciente que a qualquer tempo poderei retirar o meu consentimento, que implicará na interrupção automática de meu tratamento.

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

**ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**

Paciente Assinatura: \_\_\_\_\_

Responsável Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

**ESPAÇO RESERVADO PARA PREENCHIMENTO MÉDICO**

Expliquei todo o tratamento com Droga(s) Antineoplásica(s), acima discriminadas, ao paciente e/ou seu responsável, acima identificado(s), informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas por eles formuladas. De acordo com meu entendimento, o(a) paciente e /ou ser responsável está em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

