

1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Nº Atendimento: _____

Data do Atendimento: ____/____/____ Nome do Médico Solicitante: _____

Ao paciente: você tem o direito, como paciente, de ser informado sobre a sua condição médica e sobre o tratamento recomendado, seja ele clínico, cirúrgico, ou procedimentos diagnósticos que se fizerem necessários. Com estas informações, tem o direito de decidir prosseguir com o transplante de medula, e/ou tratamentos a ele associados, conhecendo os potenciais benefícios e os riscos envolvidos. Este documento não se destina a alarmá-lo ou assustá-lo; mas sim, tem o objetivo de melhor informá-lo para que possa tomar a decisão de consentir ou não no seu tratamento.

Eu solicito voluntariamente ao (à) Dr (a). _____, como meu (minha) médico (a), e à equipe médica e de outros profissionais de saúde envolvidos no meu cuidado, a tratar o meu problema médico, o qual foi explicado a mim como sendo: _____. Eu compreendo que o meu tratamento, explicado como a aplicação de altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia seguida de infusão de células-tronco autólogas, foi especialmente planejado com o objetivo de controlar a minha doença. Eu compreendo que durante o meu tratamento, receberei um ou mais implantes de cateteres centrais, que serão realizados por profissionais qualificados para este procedimento. Eu compreendo que a administração de quimioterapia e/ou radioterapia se destina a destruir células doentes e que a infusão de minhas próprias células, previamente coletadas, se destina a regenerar a produção de elementos sanguíneos.

Fui informado de que o período de hospitalização seguido ao transplante é de duas a três semanas ou mais, a depender de intercorrências que possam ocorrer durante este período. Fui informado de que durante este período, deixarei o Santos Dumont Hospital, apenas a pedido e com a autorização da equipe médica por mim responsável. Fui informado ainda de que procedimentos invasivos de diagnóstico e/ou terapêuticos podem ser necessários durante este período, algumas vezes administrados por equipes de outras especialidades, de acordo com a avaliação dos médicos da Hematologia/TMO. Recebi informações sobre os principais riscos envolvidos com o meu procedimento: náuseas e vômitos, infecções graves, infecções relacionadas à administração de hemocomponentes, complicações hemorrágicas e imunológicas.

Fui também informado de que terei que permanecer na cidade de São José dos Campos, próximo à área do Banco de Sangue e/ou Pronto Atendimento da Unimed, por período determinado pela equipe da Hematologia/TMO, sempre acompanhado de ao menos um adulto por mim responsável.

Compreendo que minha doença (_____) pode ser resistente ao transplante, ou ainda recidivar após o mesmo, e fui alertado pela minha equipe médica sobre este risco. Compreendo também que complicações crônicas podem seguir-se ao transplante, como: toxicidade do condicionamento (insuficiência renal, cardíaca, toxicidade pulmonar ou hepática), complicações neurológicas, enfraquecimento do sistema imunológico com maior risco de infecções, esterilidade, dificuldade e/ou falha de produção de células sanguíneas com necessidade transfusional – e que todas estas complicações podem ser reversíveis ou permanentes.

Autorizo a equipe médica da Hematologia/TMO a coletar, armazenar e analisar informações relacionadas ao meu tratamento, com objetivos de ensino ou de pesquisa para aumentar o

Termo de Consentimento Informado Transplante de Células-Tronco Hematopoiética

conhecimento sobre minha doença e sobre o tratamento de transplante de medula óssea, desde que minha identidade seja devidamente preservada.

Eu declaro ter recebido informações suficientes para tomar uma decisão clara a respeito do tratamento de transplante autólogo de células-tronco. Declaro que tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas a respeito deste formulário e outras questões relacionadas ao meu tratamento.

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.

Nome do médico e CRM	Assinatura