

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TERAPIA ANTINEOPLÁSICA
Código: HCF-ONC-FOR-1

Revisão: 0

Preencher quando não houver etiqueta

Nome completo do paciente: _____

Número do Prontuário: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

1. Fui informado(a) pela equipe médica de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões), _____ diagnósticos _____ e/ou _____ hipóteses diagnósticas: _____.
2. A equipe médica me explicou o procedimento a que serei submetido, que consiste na realização de _____, que tem como objetivo principal _____.
3. A terapia antineoplásica será realizada com os seguintes medicamentos: _____ durante um período de _____ ciclos.
4. A equipe médica me explicou sobre os principais eventos adversos/toxidades relacionados a terapia antineoplásica listados abaixo. Tive a oportunidade de esclarecer quais destes efeitos poderei apresentar na terapia com o protocolo indicado para o meu tratamento.

Pele e anexos	Alopecia – perda de cabelo	Hematológico	Anemia – Redução na contagem de glóbulos vermelhos
	Alterações na pele e unhas (ressecamento e alterações de coloração)		Risco para infecção
	Reações alérgicas		Risco para sangramento
Sistema Neurológico	Neuropatia periférica (formigamento, alteração de sensibilidade e/ou dor nas mãos e nos pés)	Musculo – esquelético	Fadiga
	Alterações na visão		Fragilidade óssea
	Alterações na audição		Perda de massa muscular
Psicológico	Alterações de humor		Dores nos ossos e/ou músculos
Sistema Digestório	Náuseas / Vômito	Sistema Geniturinário	Alterações nos rins e bexiga
	Mucosite: "Feridas na boca e garganta"		Sangramento na urina
	Perda de apetite	Sistema cardiovascular	Enfraquecimento do coração (insuficiência cardíaca)
	Alterações Nutricionais		Oscilação na pressão arterial
	Alterações hepáticas		Complicações trombóticas
	Constipação		Sistema Respiratório
Diarreia	Tosse, falta de ar		
Endocrinológico	Elevação na glicose e sanguínea (Diabetes Mellitus)	Sistema reprodutivo	Inflamações nos pulmões (pneumonite)
	Alterações na função da tireoide (hiper ou hipotireoidismo)		Efeitos na libido
	Enfraquecimento da hipófise		Disfunções sexuais
	Enfraquecimento das adrenais (glândulas que ficam logo acima dos rins)		Efeitos sobre fertilidade

5. A equipe médica me orientou que os eventos adversos/toxidade são influenciados por fatores diversos, incluindo a classe e dose dos medicamentos prescritos, bem como a combinação encontrada no esquema.
6. Foi me explicado que a terapia antineoplásica possui também riscos associados à administração de seus medicamentos, os quais foram esclarecidos conforme descritos a seguir:

- Reações Infusionais: febre, calafrios, tremores, manchas na pele, prurido, tosse, falta de ar, entre outros;
- Infiltração e Extravasamento: edema na região em que a medicação está sendo administrada, alterações na coloração e temperatura do membro, dor, lesões, entre outras. Em caso de extravasamento, comunicar imediatamente a equipe de enfermagem do setor.

7. Fui informado que a maioria dos riscos potenciais são reversíveis e se manifestam em diferentes graus. Estou ciente que a lista anterior pode não incluir todos os riscos relacionados a terapia antineoplásica e processo infusional, visto apenas incluir os mais frequentes.

8. Entendo que é importante comunicar sobre qualquer sinal e sintoma experimentado no decorrer do tratamento com estes medicamentos, para que a equipe de saúde possa reconhecer e tratar tais complicações. Estou ciente que nestes casos serei avaliado quanto a intensidade dos eventos adversos/toxicidades e que modificações no protocolo poderão ser eventualmente necessárias.

9. Estou ciente que deverei informar à equipe de saúde todos e quaisquer medicamentos/terapias por mim utilizados durante o período de tratamento, sejam eles naturais, homeopáticos e/ou suplementos. Foi explicado que algumas substâncias podem interagir com a terapia prescrita, aumentando a toxicidade ou reduzindo a eficácia dos medicamentos.

10. Fui informado (a) do risco de alteração na fertilidade, decorrente da doença e/ou do tratamento instituído, e sobre os métodos possíveis para preservá-la. Comprometo-me como paciente ou como responsável pelo paciente, a adotar medidas eficazes e eficientes de contracepção (homens e mulheres) durante toda a duração do tratamento e o período indicado pelo médico.

11. Reconheço que durante a administração de antineoplásicos ou no período pós-terapia, novas condições podem requerer mudança na terapia instituída e procedimentos adicionais, exemplificados por: suspensão do tratamento, hospitalizações, transfusões de sangue e seus componentes, aplicações de antibióticos, medicações adicionais para tratar enjôo, vômitos e diarreia, exames, e tratamento de mucosite. Complicações graves são raras, podendo levar à hospitalização prolongada ou a danos irreversíveis, e até mesmo raríssimo risco de óbito. A respeito, fui orientado(a) a procurar o serviço de emergência caso eu, ou o(a) paciente sob minha responsabilidade, apresente febre, diminuição da consciência, ou outra manifestação clínica não habitual.

12. Reconheço também que alguns sintomas apresentados no curso do tratamento podem ser relacionados a doença oncológica e não serem influenciados pelo meu tratamento.

13. Estou ciente de que a dor pode ocorrer durante e após o tratamento realizado e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário. Compreendi a importância de comunicar à equipe assistencial a ocorrência de dor.

17. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, os tratamentos alternativos e as possibilidades de ter os resultados esperados. Estou ciente que a ausência de tratamento ou a interrupção do mesmo pode impactar no resultado.

18. Tive oportunidade de esclarecer todas minhas dúvidas e discutir individualmente os riscos relativos ao tratamento, após ter lido e compreendido todas as informações neste documento, antes de sua assinatura.

19. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

() Paciente () Responsável (Grau de Parentesco): _____ Marília, ____ / ____ / ____

Nome: _____

Assinatura: _____ Identidade Nº: _____

Deve ser preenchido pelo Médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia 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: _____ CRM: _____ Marília, ____ / ____ / ____