

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CICLOS DE QUIMIOTERAPIA, DE ACORDO COM O PROTOCOLO:

- EM VEIA CENTRAL
 EM VEIA PERIFÉRICA

DECLARANTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____ Paciente
 Responsável ou Representante legal

OBS: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo.

PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

1. Declaro que o Dr. _____ CRM No. _____ informou-me da necessidade de realização de tratamento quimioterápico, de acordo com o protocolo acima especificado.

2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: _____. 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.

3. 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.

4. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos desta forma de tratamento. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento pelo prazo de duração do protocolo proposto, devendo ser informado em caso de mudanças, para que possa renovar o consentimento.

5. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento e desistir do tratamento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

- Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
 Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ Hora: _____

Médico, CRM

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: RJ, ____/____/____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)