|  |
| --- |
|  TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Mastologia - Terapia Anticâncer de MamaEu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, do Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a realizarem a Terapia Anticâncer      ,como forma de tratamento para o câncer de mama. O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do tratamento e a possibilidade de não aceitar o tratamento proposto. Foi dada oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas completa e satisfatoriamente. Sei que este tratamento médico pode apresentar complicações, sendo que os seguintes possíveis riscos associados me foram esclarecidos: 1. Náusea/vômito; queda de cabelo (alopecia); feridas na boca e na garganta (mucosite).
2. Perda de apetite.
3. Diminuição dos glóbulos brancos do sangue (leucopemia e neutropenia), podendo levar a um aumento do risco de infecções.
4. Diminuição das plaquetas (plaquetopenia ou trombocitopenia), que são as células do sangue que iniciam a coagulação, o que pode aumentar o risco de sangramentos.
5. Anemia que é a diminuição dos glóbulos vermelhos.
6. Extravazamento de medicação pela veia ou catéter onde está sendo aplicada a medicação. Alguns agentes quimioterápicos são lesivos à pele e tecido celular subcutâneo, podendo levar a ulcerações e necessidade de correção com enxerto de pele.
7. Necessidade, em alguns casos, de tratamentos de longa duração, como hormonioterapia, anticâncer. Neste caso os efeitos colaterais mais comuns são fenômenos tromboembólicos e aumento do risco de câncer de endométrio (útero).
8. Necessidade de tratamentos específicos para controle/ prevenção de lesões ósseas, que também podem ser de longa duração. Neste caso os efeitos colaterais mais comuns são no metabolismo do cálcio e na função renal, além do risco de necrose de mandíbula.
9. Necessidade eventual de imunoterapia de longa duração, específica para tipos especiais de câncer de mama, cujos efeitos colaterais mais importantes ocorrem sobre o coração, podendo levar a graus distintos de insuficiência cardíaca, que pode ser definitiva.
10. Outros riscos (especificar quando pertinente)      .

Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer com estes tratamentos, mas é a lista de riscos mais comuns.Declaro, também, que a equipe médica esclareceu em linguagem acessível as alternativas de tratamento, bem como fui informada sobre os riscos e/ou benefícios de não realizar o tratamento proposto diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s). Fui informada também que o tratamento poderá ser prolongado, necessitando várias sessões, associado ou não às outras formas aqui descritas. No momento farei a seguinte proposta de tratamento:      .Reconheço que durante a administração de quimioterápicos ou no período pós-quimioterapia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento,incluindo transfusão de sangue ou seus componentes (hemoderivados). Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que a terapia anticâncer for iniciada. Concordo com a administração dos medicamentos para prevenção de efeitos colaterais (especialmente pré-quimioterápicos) que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a aplicação de qualquer medicamento.Fui informado que outros medicamentos em uso, inclusive produtos homeopáticos e derivados de plantas (fitoterápicos), podem interferir no tratamento, particularmente fenitoína (Hidantal), warfarina (Marevan) e digoxina. Também fui informado(a) que tratamentos chamados de “medicina popular” podem interferir com meu tratamento e que não devo utilizá-los sem o devido conhecimento do meu médico. Estou consciente também de que durante todo o período em que estiver em tratamento ou sob cuidados de controle do câncer de mama deverei usar métodos para prevenir a gravidez sem uso de anticoncepção hormonal. Neste período estão indicados contraceptivos de barreira, DIU, ligadura de trompas (ou vasectomia do parceiro). Deverei também evitar a amamentação exceto quando formalmente liberado pela equipe médica. Autorizo igualmente que imagens de exames complementares, como mamografia e ressonância, entre outras, possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.Estou ciente que o tratamento não se limita ao aqui previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.CONCLUSÃODiante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que o tratamento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico. Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Data:      /     /     .     Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:             Assinatura do paciente ou responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grau de parentesco do responsável:        Assinatura e CRM do médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico. O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução.  |
| POA 11 PB**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOServiço de Mastologia****TERAPIA ANTICÂNCER DE MAMA** | Nome do Paciente:      Nº do Registro:       |

**MED-367 – gráfica hcpa – mar23**