

# Termo de consentimento informado para realização de ciclos de Quimioterapia



Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_  
(nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, declaro que:

(identidade nº / órgão)

EM VEIA CENTRAL ( )

EM VEIA PERIFÉRICA ( )

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

2º) 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.

3º) 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.

4º) 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.

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

Colatina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
(Assinatura do paciente/ ou familiar)

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) \_\_\_\_\_  
(assinatura) (nº do documento de identidade)

\_\_\_\_\_  
(nome completo e legível)

\_\_\_\_\_  
(endereço)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico – CRM ES