



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA**

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização de quimioterapia antineoplásica conforme o seguinte protocolo:

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara sobre os benefícios, riscos e complicações potenciais do tratamento ora autorizado, sendo eles: alergias, febre, queda de cabelo, náuseas, vômitos, mucosite oral (aftas), diarreia, constipação, perda de apetite, anemia, queda da imunidade e eventuais sangramentos, dentre outras complicações mais raras e complexas.

2. Está ciente que algumas drogas podem ser irritantes para as veias periféricas ou mesmo causar danos teciduais se extravasarem, apesar dos cuidados e experiência dos profissionais envolvidos em sua aplicação.

3. Está ciente que todos os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis no hospital serão utilizados em busca dos melhores resultados possíveis, mas que, eventualmente, estes podem não ser alcançados.

4. Está ciente que, durante o tratamento, podem ocorrer situações imprevistas que poderão modificar as condutas inicialmente propostas.

5. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento, antes que o referido procedimento seja realizado.

6. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA**

Concorda com o tratamento acima proposto e atesta que recebeu neste momento uma cópia, possuindo pleno conhecimento de todo o teor do presente termo e que, na eminência de mudança de protocolo, um novo termo será aplicado.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____