



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

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

TRLE “TERMO DE RECUSA LIVRE E ESCLARECIDO”

TRATAMENTO EM RADIOTERAPIA

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

Declaro que fui devidamente informado(a) pela equipe médica do Serviço de Radioterapia da Santa Casa de Misericórdia de Marília/SP sobre a necessidade e os benefícios de realizar Radioterapia, indicado para a minha condição clínica (CID-10 _____).

A equipe médica esclareceu de forma compreensível os objetivos do tratamento, riscos e possíveis complicações da condição sem o tratamento, bem como possíveis efeitos colaterais da Radioterapia. Apesar de todos os esclarecimentos realizados de maneira clara e detalhada, decido, de forma livre e espontânea, **não realizar o tratamento proposto pela equipe de Radioterapia.**

Declaro que compreendo os riscos inerentes à minha decisão, incluindo a possibilidade de piora do meu quadro clínico, progressão da doença e eventuais complicações que possam colocar minha vida em risco. Declaro ainda que esta decisão foi tomada sem pressões ou influências externas e que assumo total responsabilidade pelas consequências advindas da recusa ao tratamento.

Estou ciente de que poderei reconsiderar esta decisão e solicitar reavaliação do quadro, caso assim o deseje, estando ciente de que tal possibilidade dependerá da avaliação médica quanto à viabilidade do procedimento na ocasião.

Por fim, autorizo que este documento seja anexado ao meu prontuário médico, para que fique registrado como parte do meu histórico de atendimento.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Paciente

Nome: _____

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

Responsável

Nome (grau de parentesco): _____

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

Médico

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____