

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone:(____) _____</p>

O tratamento dos tumores malignos passou por um período de vigoroso desenvolvimento nos últimos anos. Mesmo assim, ainda envolve riscos e possibilidades de complicações. Entre os eventos colaterais mais freqüentes dos quimioterápicos e outros medicamentos podemos incluir: náuseas, vômitos, mucosite (inflamação das mucosas), alopecia (queda dos cabelos), quadros alérgicos, disfunção renal, hepática, mielotoxicidade (agressão à medula óssea e ao sangue), cardiotoxicidade (disfunção, infartos e anginas), neurotoxicidade (agressão ao cérebro e nervos), infertilidade e outros distúrbios hormonais.

É evidente que a intensidade da agressão é variável, dependendo do tipo de tratamento e de suas respectivas doses, tipo da doença, bem como a condição clínica do paciente e a sensibilidade individual à medicação.

Declaro, por meio desse documento, que fui informado(a) pela equipe médica e do Serviço de Oncologia Clínica, Enfermagem e Farmácia deste hospital, sobre os possíveis riscos e complicações do tratamento que eu serei submetido.

Comprometo-me a informar sempre à equipe médica e de enfermagem qualquer alteração orgânica que perceber, solicitar o esclarecimento de eventuais dúvidas e submeter-me aos riscos supracitados, considerando os possíveis benefícios oferecidos pela quimioterapia.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a **QUIMIOTERPIA** é a melhor opção neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **QUIMIOTERPIA** proposta.  
Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

_____ Médico	_____ Paciente ou Representante ou Responsável
Testemunha: _____	R.G.: _____
Testemunha: _____	R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO
<p>Revogo o consentimento prestado na data de: ___/___/___ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.</p> <p>Local e data: _____</p> <p>_____</p> <p align="center">Médico</p> <p align="center">Paciente ou Representante ou Responsável</p>