TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ALTA COM SEGUIMENTO NO AMBULATÓRIO PARA USO DE GANCICLOVIR

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
Cole aqui a etiqueta Nome:_____ RH:_____ DN:____/____/_____ (Preencher somente na ausência da etiqueta)	Nome:_____ _____ Grau de Parentesco:_____ RG:_____ Telefone:(____)_____

O presente termo firma o compromisso de responsabilidade, junto ao paciente, quanto a assumir a continuidade do tratamento vindo até o ambulatório de quimioterapia do Hospital PUC-Campinas de segunda a sexta-feira no horário das ___h para receber a medicação Ganciclovir até a normalização dos níveis de TCD4, que deverão estar superiores a 100 células.
O descumprimento impactará na piora de seu tratamento e desfecho desfavorável.

Quanto aos cuidados com o cateter (PICC):

- Não dobrar o seu braço;
- Não mergulhe seu braço em piscinas ou banheiras;
- Não puxar o cateter, não fazer força no membro aonde está o cateter, não mexer no cateter;
- Não molhar o curativo, manter coberto colocar um saco plástico;
- Observar se possui sinais de infecção no local do cateter (ex: vermelidão no local, presença de secreção e/ou dor no local). Caso apresente procurar o Pronto Socorro do Hospital PUC-Campinas.

Assumo a responsabilidade de cumprir com as condições acima descrita neste documento. A alta hospitalar está condicionada a continuidade do tratamento pelo seguimento ambulatorial

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 o uso de **GANCICLOVIR** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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
Revogo o consentimento prestado na data de: _____/_____/_____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado. Local e data:_____

Médico	Paciente ou Representante ou Responsável