

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento (Consentimento Informado) para Procedimentos de Radioterapia

Autorizo a realização do(s) seguintes(s) procedimentos(s): (não é permitido o uso de abreviaturas e siglas) _____

_____ no paciente (acima citado).
No caso de envolver lateralidade, especificar: () Direito, () Esquerdo, () Bilateral indicado pelo médico(a) Dr.(a) (abaixo identificado), após ter sido informado(a) do resultado das avaliações e exames, que revelaram as seguintes alterações e/ou diagnóstico(s): _____

1. Recebi explicações claras sobre as alternativas de tratamento, riscos, benefícios e complicações potenciais.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, incluindo transfusão sanguínea e/ou cirurgia que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.
4. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha
5. Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).
6. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.
7. **Estou ciente das medidas de segurança e precaução adotadas pelo hospital em face à pandemia de COVID-19 para realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, que também me foram explicadas pela médica(o) ou dentista responsável, e que não há isenção do risco de contaminação pelo Coronavírus.**
8. Declaro que recebi explicações, compreendi e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, concordo com o exposto acima e que me foi dado o direito de anular, neste momento, quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

_____ São Paulo, / / Hora: _____

Preenchido pelo paciente ou responsável:

<input type="checkbox"/> Paciente – Assinatura usual do paciente: _____
<input type="checkbox"/> Responsável – Nome: _____ Doc. Identidade nº: _____
Grau de Parentesco: _____ Assinatura: _____

Preenchido pelo médico:

Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), ao(a) próprio(a) paciente e/ou seu responsável e também sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu responsável, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.	
Nome: _____	
CRM: _____	
Assinatura: _____	O nome e CRM podem ser substituídos pelo carimbo legível