

**Termo de Esclarecimento,
Ciência e Consentimento
(Consentimento Informado)
para
Terapia Monoclonal**

ETIQUETA DO PACIENTE

USO EXCLUSIVO DO
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Autorizo a realização da Terapia Monoclonal

composta por: _____
(medicamentos que serão utilizados)

no paciente (acima citado), após ter sido informado (a) do resultado das avaliações e exames, que revelaram as seguintes alterações e/ou diagnóstico(s):

3º) recebi verbalmente e por escrito todas as explicações quanto aos benefícios, alternativas e riscos do tratamento. Estou ciente dos principais riscos relacionados com doenças infecciosas que podem acontecer com o uso do referido tratamento;

4º) estou ciente de que poderei apresentar, mais frequentemente, reações de menor ou maior intensidade, tais como: alergias, tremores, febre, náuseas, vômitos, dor muscular, dor de cabeça e desconforto generalizado, tosse, dor nas articulações e prurido;

5º) alguns medicamentos podem apresentar reações particulares, tais como as citadas no Manual de Orientações Específicas que recebi do medicamento. _____

6º) algumas medicações podem ser irritantes para os vasos sanguíneos periféricos (veias), apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos em sua aplicação;

7º) poderão, entretanto, surgir situações ainda não diagnosticadas pelos exames presentes, imprevisíveis ou fortuitas (força maior), que necessitem exames e tratamentos médicos específicos;

8º) tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas após ter lido e compreendido a natureza do procedimento terapêutico a que serei submetido;

9º) consinto, portanto, ao(à) médico(a) supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s);

10º) estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a) / ;

11º) apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeita (o) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

12º) 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.

Declaro que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com o exposto acima e que me foi dada a oportunidade de questões que julgo importante.

Preenchido pelo paciente ou responsável:

<input type="checkbox"/> Paciente – Assinatura usual do paciente: _____		São Paulo, ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____
Aplicável se responsável	<input type="checkbox"/> Responsável Nome: _____ Assinatura: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____	

Preenchido pelo médico:

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), responsável(eis), ou acompanhante(es), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

Nome: _____

Assinatura: _____

CRM: _____

O nome e CRM podem ser substituídos pelo carimbo legível