

**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).

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

**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