



Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Terapia Antineoplásica Sistêmica

ETIQUETA ATENDIMENTO

Autorizo a realização do seguinte tratamento antineoplásico (descrição do tratamento sem abreviaturas): _____

indicado para (descrição da doença sem abreviaturas): _____

O médico me explicou claramente a proposta, os potenciais benefícios, efeitos adversos, riscos e complicações deste tratamento e das alternativas disponíveis.

Pude fazer todas as perguntas que quis livremente e recebi respostas satisfatórias.

Entendo que todos os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis no Hospital serão utilizados em busca dos melhores resultados possíveis, mas que estes podem não ser alcançados. Entendo que podem ocorrer durante o tratamento situações imprevistas que tornem necessário alterar a proposta inicial.

Reservo-me o direito de revogar esta autorização a qualquer momento e deixo claro que assumirei a inteira responsabilidade pelas consequências de fazê-lo contra recomendação médica.

São Paulo, ____ / ____ / _____ Hora: ____ : ____

Preenchido pelo paciente ou responsável:

Paciente – Assinatura usual do paciente: _____

Responsável – Nome: _____ Doc. Identidade nº: _____

Grau de Parentesco: _____ Assinatura: _____

Preenchido pelo médico:

Expliquei de forma clara e objetiva todo o 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

Atenção: Este documento tem validade de 30 (trinta) dias contados à partir do seu preenchimento.