

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

ETIQUETA DO PACIENTE

USO EXCLUSIVO DO
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s): _____

no paciente: _____

No caso de envolver lateralidade, especificar: ()Direito ()Esquerdo ()Bilateral indicado pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____, 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, 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 identidade.
- 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. 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.

Paciente	Responsável	São Paulo, ____/____/____
Nome: _____		Hora: ____:____
Assinatura: _____		
Doc. Identidade nº (se aplicável): _____		
Grau de parentesco (se aplicável): _____		

Preenchimento 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: _____
Assinatura: _____
CRM: _____