

**Termo de Esclarecimento,
Ciência e Consentimento para
Terapia Antineoplásica Sistêmica**

ETIQUETA DO PACIENTE
USO EXCLUSIVO DO
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

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.

Paciente Responsável

Nome: _____

São Paulo, ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Hora: ____ : ____

Doc. Identidade nº (se responsável): _____

Grau de parentesco (se responsável): _____

Preenchimento 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: _____

Assinatura: _____

CRM: _____