



Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_,

nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, declaro que:

identidade nº / órgão

1º) fui informado (a) pelo(a) médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e / ou diagnóstico(s) de meu estado de saúde:

**Neoplasia Maligna do (a)** \_\_\_\_\_

2º) recebi todas as explicações habitualmente necessárias quanto aos benefícios, riscos, alternativas de tratamento, bem como fui informada(o) sobre os benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) estou ciente de que, durante o procedimento de: **Radioterapia / Braquiterapia do(a)** \_\_\_\_\_ **(local)** \_\_\_\_\_ para tentar

curar, ou melhorar a condição, poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) que não era(m) previsível(eis) antes de iniciado o mencionado procedimento; ou eram previsíveis, porém inevitáveis;

4º) estou ciente dos riscos do tratamento, seja pela radiação, seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade...), podendo ocorrer complicações comuns e potencialmente sérias, exigindo tratamentos clínicos complementares;

5º) fui informada (o) que o tabagismo (fumo) é um fator que, embora não impeça a realização do tratamento de radioterapia, não é recomendado;

6º) fui esclarecida(o) que as radiações aplicadas sobre os tecidos agredem as células em divisão, ocasionando reações adversas de maior ou menor intensidade, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos;

6.1º) nas irradiações em tumores de cabeça e pescoço, podem ocorrer: queda de cabelo localizada, inflamação na mucosa, aftas, irritação na gengiva, na garganta e ferida na boca, diminuição da salivagem e alteração de paladar;

6.2º) nas irradiações do abdômen e/ou da pelve estiverem sendo tratadas podem ocorrer diarreia, náuseas, vômitos;

6.3º) poderá haver redução da produção das células do sangue, principalmente quando a coluna e o quadril estiverem sendo tratados;

6.4º) reações na pele (vermelhidão, ardor, alteração na pigmentação e descamação);

6.5º) nas irradiações da pelve poderá ocorrer irritação na bexiga, ardência ao urinar, eventual dor e sangramento;

6.6º) estou ciente que no atual estágio de conhecimento científico, apesar de todos os recursos técnicos disponíveis e precauções empregadas, não há garantia de que o tratamento alcance os resultados desejados;

7º) fui também informado(a) que, recebendo radioterapia externa o paciente não se torna radioativo e que o(s) efeito(s) colateral(is) têm duração variável. Na maioria das vezes desaparecem após algumas semanas, mas podem perdurar por muitos anos;

8º) fui informado que se o tratamento radioterápico for realizado com implante de sementes de Iodo 125 (Braquiterapia da Próstata) poderá haver radioatividade residual no meu organismo, que lentamente diminuirá com o passar do tempo;

9º) se for necessário, autorizo o Hospital Moinhos de Vento e o médico a utilizar as informações clínicas ou epidemiológicas de meu tratamento como objeto de estudo, pesquisa e/ou publicações médicas, desde que seja preservado minha identidade ou algo que possa me identificar publicamente;

10º) se for necessário autorizo a ter a pele tatuada com pequenas e permanentes marcas, a fim de demarcar as áreas de tratamento radioterápico;

11º) se no momento do procedimento surgir algum imprevisto, a equipe assistencial tomará as providências necessárias;

12º) por livre iniciativa aceito correr os riscos supra mencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;



**Termo de Consentimento Informado**  
**Radioterapia/Braquiterapia**



13º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s);  
14º) 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);  
15º) apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas 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.

( ) **AUTORIZA** a realização.

( ) **NÃO AUTORIZA** a realização, estando ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Araraquara, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Hora da aplicação do termo: \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min

\_\_\_\_\_  
Assinatura paciente  
RG \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura responsável pelo paciente  
RG \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura médico  
CRM \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_