

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Terapia Antineoplásica Sistêmica (Quimioterapia)

Autorizo a realização de terapia antineoplásica sistêmica (quimioterapia)

no(a) paciente:

Recebi explicações claras sobre os potenciais benefícios, riscos, efeitos adversos, complicações e alternativas terapêuticas ao procedimento proposto e entendo que não pode haver garantia absoluta sobre os resultados desejados.

Autorizo o médico abaixo mencionado a realizar qualquer outro procedimento; exame; tratamento, incluindo transfusão de sangue e/ou derivados, bem como outros procedimentos que ele julgue necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Autorizo, exclusivamente para finalidade científica, a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, assim como a realização de filmagens e fotografias e suas veiculações, assegurando-se o pleno sigilo da identidade do paciente.

Declaro que recebi explicações, compreendi e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, concordando com o exposto acima e que me foi dado o direito de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, assim como revogar por completo este consentimento em qualquer momento antes da realização do procedimento.

Responsável: Parentesco:

Assinatura: ID:

São Paulo, / / Hora: :

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO:

Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), ao(a) próprio(a) paciente (adolescente) e seu responsável legal e também sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Médico: CRM:

Assinatura:

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Terapia Antineoplásica Sistêmica (Quimioterapia)

Autorizo a realização de terapia antineoplásica sistêmica (quimioterapia)

no(a) paciente:

Recebi explicações claras sobre os potenciais benefícios, riscos, efeitos adversos, complicações e alternativas terapêuticas ao procedimento proposto e entendo que não pode haver garantia absoluta sobre os resultados desejados.

Autorizo o médico abaixo mencionado a realizar qualquer outro procedimento; exame; tratamento, incluindo transfusão de sangue e/ou derivados, bem como outros procedimentos que ele julgue necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Autorizo, exclusivamente para finalidade científica, a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, assim como a realização de filmagens e fotografias e suas veiculações, assegurando-se o pleno sigilo da identidade do paciente.

Declaro que recebi explicações, compreendi e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, concordando com o exposto acima e que me foi dado o direito de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, assim como revogar por completo este consentimento em qualquer momento antes da realização do procedimento.

Responsável: Parentesco:

Assinatura: ID:

São Paulo, / / Hora: :

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO:

Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), ao(a) próprio(a) paciente (adolescente) e seu responsável legal e também sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Médico: CRM:

Assinatura: