

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
	TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.049		
	Data Revisão Atual: 17/04/2023	Data do Vencimento: 17/04/2025	
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Quimioterapia		

Por este instrumento, o (a) paciente _____, nascido em ____/____/____ portador do RG _____, e/ou responsável _____, RG _____, declara (m), para todos os fins legais que:

Fui informado (a) pelo médico _____, inscrito no CRM-RS sob o Nº _____, em linguagem clara e acessível, quanto a condição oncológica de que sou portador, suas complicações e prognóstico; o tratamento proposto, seus benefícios, riscos e efeitos colaterais; alternativas de tratamento; riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da (s) enfermidade (s) diagnosticada (s).

Estou ciente de que, durante todo o tratamento com QUIMIOTERAPIA, na tentativa de melhora ou cura da (s) condição (ões) supracitada (s), poderá (ão) ocorrer outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo (s) exame (s) referido (s), assim como intercorrências imprevisíveis ou fortuitas, não obstante técnica e indicações apropriadas do tratamento realizado.

Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao (s) procedimento (s), após ter lido e compreendido todas as informações constantes neste documento antes de sua assinatura.

Consinto, portanto, que o médico acima identificado realize o (s) tratamento (s) necessários durante todo o período da QUIMIOTERAPIA, e permito que utilize seu julgamento técnico para alcançar os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina, e disponíveis no local onde se realiza (m) o (s) tratamento (s).

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou responsável legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Assinatura do paciente	Assinatura do responsável
RG:	RG:

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada

Nome	Assinatura	RG

Confirmo que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou responsável os propósitos, benefícios, riscos, prognósticos e as alternativas para o (s) tratamento (s)/procedimento (s) acima descritos, julgando-os em condições de compreender o que lhes foi informado e respondendo-lhes aos questionamentos.

Nome	Assinatura	RG

Veranópolis, _____ de _____ de _____.