



CENTRO ESPECIALIZADO EM ONCOLOGIA

**POLÍTICA DE CONSENTIMENTO  
INFORMADO**

**2024-2026**

## SUMÁRIO

|   |   |
|---|---|
| 1. OBJETIVO.....                          | 3 |
| 2. RESPONSABILIDADE.....                  | 3 |
| 3. PROCEDIMENTOS.....                     | 3 |
| 3.1 Termo de Alta a Pedido .....          | 4 |
| 4. OBTENÇÃO DAS ASSINATURAS .....         | 4 |
| 5. VIA DO PACIENTE/ARQUIVO DO TERMO ..... | 5 |
| 6. CONTROLE DE VERSÕES .....              | 5 |
| 7. ANEXOS.....                            | 6 |
| TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....     | 6 |
| TERMO DE RECUSA INFORMADO .....           | 7 |
| TERMO DE ALTA A PEDIDO .....              | 8 |

|                | Nome  | Data       |
|----------------|---|------------|
| Elaborado por: | Andréa Melo R. de Pádua Alves / Joseany Oliveira de Souza | 03/07/2024 |
| Aprovado por:  | Luís Onofre Rezende de Carvalho                           | 03/07/2024 |

## 1. OBJETIVO

Este documento tem como finalidade padronizar os procedimentos envolvidos na aplicação do Termo de Consentimento Informado, assegurando que todas as informações prestadas foram compreendidas pelo paciente antes do início do tratamento.

## 2. RESPONSABILIDADE

- Equipe médica
- Equipe de enfermagem

## 3. PROCEDIMENTOS

- Durante a consulta o médico oferece as opções disponíveis de tratamento existentes, avalia e sugere o tratamento mais adequado para o diagnóstico apresentado;
- Dar explicação geral do tratamento no próprio consultório;
- Explicar detalhadamente todos os riscos e benefícios do tratamento;
- Explicar detalhadamente todos os possíveis efeitos colaterais do tratamento proposto;
- Orientar o paciente que novas opções terapêuticas podem ser adotadas caso as reações ou efeitos colaterais não sejam toleráveis;
- Oferecer tempo hábil para leitura e entendimento do Termo;
- Esclarecer todas as dúvidas que forem apresentadas;
- Certificar-se que todas as dúvidas foram sanadas;
- Proceder à assinatura do Termo de Consentimento Informado (Disponível na Intranet TERMO DE CONSENTIMENTO – TRATAMENTO ONCOLOGIA)

|                | Nome  | Data       |
|----------------|---|------------|
| Elaborado por: | Andréa Melo R. de Pádua Alves / Joseany Oliveira de Souza | 03/07/2024 |
| Aprovado por:  | Luís Onofre Rezende de Carvalho                           | 03/07/2024 |

- Em caso de recusa do tratamento proposto, o paciente deve assinar o Termo de Recusa Informado. (Disponível na Intranet TERMO DE RECUSA – TRATAMENTO ONCOLOGIA).
- Após as duas partes assinarem, entregar o Termo à coordenação de Enfermagem.

### 3.1 Termo de Alta a Pedido

Se o paciente estiver em tratamento ambulatorial e manifestar o desejo de retirar-se da Clínica sem a alta prévia do médico assistente, abaixo as orientações para o procedimento:

- Esclarecer para o paciente sobre o tratamento, termo de permanência e implicações da alta sem consentimento médico;
- Realizar tentativa de acordo e avisar o médico assistente;
- Caso não haja negociação quanto à permanência, solicitar a assinatura do Termo de Alta a pedido (Disponível na Intranet TERMO DE ALTA A PEDIDO – TRATAMENTO ONCOLOGIA).
- Registrar informações referentes às tratativas no prontuário (Tasy), bem como motivo alegado pelo paciente para evasão;
- Importante: Pacientes considerados incapazes necessitam do portador da Tutela para se ausentarem.

**NOTA1: Em nenhum momento o paciente deverá ser pressionado a tomar qualquer tipo de decisão e o mesmo poderá consultar seu acompanhante e/ ou testemunha imparcial antes da assinatura do Termo.**

**NOTA2: Nenhum tratamento será iniciado antes da assinatura do Termo de Consentimento a partir do momento em que este Procedimento entrar em vigor.**

## 4. OBTENÇÃO DAS ASSINATURAS

Para os casos em que o paciente se mostrar totalmente seguro e disposto a iniciar o tratamento seguir as orientações abaixo:

**Paciente Alfabetizado:** primeiramente o medico deverá assinar e datar o Termo nos campos reservados para o médico e posteriormente rubricar as demais páginas. Posteriormente o paciente deverá realizar o mesmo

|                | Nome  | Data       |
|----------------|---|------------|
| Elaborado por: | Andréa Melo R. de Pádua Alves / Joseany Oliveira de Souza | 03/07/2024 |
| Aprovado por:  | Luís Onofre Rezende de Carvalho                           | 03/07/2024 |

procedimento, assinando e datando o Termo nos campos reservados para o paciente e rubricar as demais páginas. O paciente levará uma via do Termo consigo e a outra via será digitalizada e arquivada na pasta denominada “Termos de Consentimento – Oncologia” na pasta compartilhada da equipe de enfermagem.

**Paciente Analfabeto/Analfabeto Funcional:** primeiramente o medico deverá assinar e datar o Termo nos campos reservados para o médico e rubricar as demais páginas. Posteriormente o paciente deverá colocar a impressão digital de seu polegar direito no campo reservado para o paciente. Após o consentimento do paciente a testemunha imparcial deverá registrar, assinar e datar o Termo no campo reservado para a testemunha imparcial e rubricar as demais páginas. O paciente levará uma via do Termo consigo e a outra via será digitalizada e arquivada na pasta denominada “Termos de Consentimento – Oncologia” na pasta compartilhada da equipe de enfermagem.

**Nota 2:** A testemunha imparcial não deve ser um membro da Clínica.

**Nota 3:** Importante que todas as vezes que ocorrer mudança de protocolo um novo Termo seja assinado.

## 5. VIA DO PACIENTE/ARQUIVO DO TERMO

Após obtenção de todas as assinaturas devidas, a equipe de Enfermagem deverá revisar as páginas do Termo para ter a certeza de que nenhum campo ficou em branco. Em seguida, uma via completa deverá ser entregue ao paciente e a outra via deverá ser arquivada na pasta denominada “Termos de Consentimento – Oncologia” na pasta compartilhada da equipe de enfermagem.


## 6. CONTROLE DE VERSÕES

| Versão  | Motivo             | Data da Revisão |
|---------|--------------------|-----------------|
| 01/2022 | Criação            | 10/01/2022      |
| 07/2024 | Revisão/Formatação | 18/07/2024      |

|                | Nome  | Data       |
|----------------|---|------------|
| Elaborado por: | Andréa Melo R. de Pádua Alves / Joseany Oliveira de Souza | 03/07/2024 |
| Aprovado por:  | Luís Onofre Rezende de Carvalho                           | 03/07/2024 |

## 7. ANEXOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO<br>TRATAMENTO ONCOLÓGICO | Emissão: 01/2022<br>Vigência: 2 anos<br>Página 1 |
|---|---|--|

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**DN:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **Prontuário:** \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, acima identificado (a), na condição de paciente do Centro Galiano de Oncologia (CGO) ou responsável legal pelo paciente, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro que fui informado e autorizo o médico (a) Dr. \_\_\_\_\_, e outros médicos oncologistas do serviço e todos os demais profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar o tratamento oncológico, que inclui a administração conforme protocolo prescrito pelo médico.

Este consentimento e as condutas médicas, foram-me explicadas de forma clara e objetiva, inclusive em relação à doença e quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento, também me sendo permitida a realização de perguntas, onde todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Declaro estar ciente que:

- Poderá haver reações leves a graves da medicação quimioterápica, como náuseas, vômitos, diarreia, prostração, diminuição do apetite, queda do cabelo, **muçopolis** (inflamação da mucosa da boca), infertilidade, toxicidade renal, hepática e cardíaca, alteração no exame de sangue (anemia, diminuição das plaquetas e leucócitos), infecções, hemorragias e outros.
- Que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a infusão da quimioterapia **antitumoral**, se o médico assistente julgar necessário, serei encaminhado a outro centro/hospital de urgência e emergência e onde que os custos com transporte de ambulância se necessário, é de responsabilidade do paciente.
- Que quando ocorrer a possibilidade de infecção grave, **devo procurar** o serviço de emergência hospitalar caso apresente febre, diminuição da consciência, ou outra manifestação clínica não habitual e que o CGO, não possui serviço de pronto socorro/emergência.
- Que receba esclarecimento de que algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas ou mesmo causar danos teciduais e extravasarem da veia para o tecido subcutâneo, apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos na administração.
- Que é preciso seguir todas as orientações médicas que me foram informadas, também quanto à ingestão de medicamentos prescritos.

Centro Galiano de Oncologia – CGO  
Avenida T-1, Nº 832, Qd. 40 – Lt. 08 – 8ª e 9ª andares - CEP: 74.210.045 –  
Telefone: 623922-8500

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO<br>TRATAMENTO ONCOLÓGICO | Emissão: 01/2022<br>Vigência: 2 anos<br>Página 2 |
|---|---|--|

Declaro estar ciente que, apesar de todos os tratamentos oncológicos propostos, não me foi assegurado à garantia de cura. A evolução da doença e/ou toxicidade medicamentosas, podem fazer com que o médico modifique as condutas iniciais tomadas.

Posso o direito de revogar estas autorizações de tratamento a qualquer momento, assumindo a inteira responsabilidade por esta decisão.

Por livre iniciativa **AUTORIZO** a administração dos tratamentos oncológicos propostos e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações dos medicamentos, conforme a melhor conduta médica.

PACIENTE  ACOMPANHANTE

**Nome:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**Data Nasç.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Grau de Parentesco:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do paciente / responsável legal**

Expliquei todo procedimento/tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com melhor entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Goiania, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_


Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da Testemunha**

Centro Galiano de Oncologia – CGO  
Avenida T-1, Nº 832, Qd. 40 – Lt. 08 – 8ª e 9ª andares - CEP: 74.210.045 –  
Telefone: 623922-8500

|                | Nome  | Data       |
|----------------|---|------------|
| Elaborado por: | Andréa Melo R. de Pádua Alves / Joseany Oliveira de Souza | 03/07/2024 |
| Aprovado por:  | Luís Onfre Rezende de Carvalho                            | 03/07/2024 |

**TERMO DE RECUSA INFORMADO**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <br>CENTRO GALIANO DE ONCOLOGIA | TERMO DE RECUSA INFORMADO<br><br>TRATAMENTO ONCOLÓGICO | Emissão: 01/2022<br>Vigência: 2 anos<br><br>Página 1 |
|--|--|--|

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**DN:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **Prontuário:** \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, acima identificado (a), na condição de paciente do Centro Galiano de Oncologia (CGO) ou responsável legal pelo paciente, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais declaro, para todos os fins, que estou ciente da indicação médica para realização do tratamento e manifesto minha livre e espontânea vontade de recusar o tratamento ofertado, assumindo todas as responsabilidades pelo meu ato. Declaro ainda, ter sido informado(a) pelo Dr(a) \_\_\_\_\_ e toda equipe desta clínica sobre meu quadro clínico e esclarecido acerca dos medicamentos indicados para o tratamento da condição de minha saúde, além dos riscos que poderão ser causados pela não realização dos procedimentos prescritos. Através deste termo, liento a clínica e todos os profissionais de saúde envolvidos, direta ou indiretamente no meu tratamento, de qualquer responsabilidade sobre os efeitos e causas danosas referentes à minha condição clínica médica e de saúde, bem como assumo toda a responsabilidade pela recusa ao tratamento indicado, mesmo ciente de que há indicação do médico assistente para a realização do tratamento pelo qual me recuso a fazer.

1. DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:  
\_\_\_\_\_

2. TRATAMENTO PROPOSTO:  
\_\_\_\_\_

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as minhas dúvidas e estando plenamente satisfeito com as informações recebidas, opto por não realizar o tratamento acima mencionado, podendo, no entanto, a qualquer momento autorizar sua realização, desde que presentes as condições clínicas indicadas.


PACIENTE  ACOMPANHANTE

**Nome:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**Data Nasc.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Grau de Parentesco:** \_\_\_\_\_

Centro Galiano de Oncologia – CGO  
 Avenida T-1, Nº 932, Qd. 40 – 11, 09 – 09 e 9º andares - CEP: 74.210.045 –  
 Telefone: 623922-9500

---

|  |  |  |
|--|--|--|
| <br>CENTRO GALIANO DE ONCOLOGIA | TERMO DE RECUSA INFORMADO<br><br>TRATAMENTO ONCOLÓGICO | Emissão: 01/2022<br>Vigência: 2 anos<br><br>Página 2 |
|--|--|--|

**Assinatura do paciente / responsável legal**

Expliquei todo procedimento/tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelas mesmas. De acordo com melhor entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

**Goiania, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_**

**Médico:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **CRM/ \_\_\_\_\_**

**Assinatura da Testemunha**

Centro Galiano de Oncologia – CGO  
 Avenida T-1, Nº 932, Qd. 40 – 11, 09 – 09 e 9º andares - CEP: 74.210.045 –  
 Telefone: 623922-9500

|                       | Nome   | Data              |
|-----------------------|--|-------------------|
| <b>Elaborado por:</b> | <b>Andréa Melo R. de Pádua Alves / Joseany Oliveira de Souza</b> | <b>03/07/2024</b> |
| <b>Aprovado por:</b>  | <b>Luís Onofre Rezende de Carvalho</b>                           | <b>03/07/2024</b> |

**TERMO DE ALTA A PEDIDO**

|  |                               |  |
|--|-------------------------------|--|
| <br>CENTRO GOIANO DE ONCOLOGIA  | <b>TERMO DE ALTA A PEDIDO</b> | Emissão: 01/2022<br>Vigência: 2 anos<br><br>Página 1 |
| <p><b>TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO CONTRA A INDICAÇÃO DO MÉDICO</b></p> <p><b>Definição:</b> É quando o paciente (ou seu representante legal) solicita alta a despeito da indicação médica, ou seja, o paciente (sem risco iminente de morte) não acata os procedimentos médicos e decide, por conta própria, deixar o estabelecimento sem dar continuidade a seu tratamento no ambiente assistencial.</p> <p>Declaro que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fui devidamente informado(a) pela equipe médica desta Clínica sobre o meu quadro clínico, esclarecido acerca dos exames, dos medicamentos e dos procedimentos clínicos indicados para tratamento e investigação da condição de saúde, além dos riscos à saúde que poderão ser causados pela não realização do tratamento e procedimentos propostos.</li> <li>Estou ciente da indicação médica acerca do tratamento e da necessidade de permanência na Instituição, sua indicação, benefícios e riscos associados e manifesto minha livre e espontânea vontade de recusa na manutenção do tratamento ofertado e todas orientações indicadas, para requisitar alta deste serviço, assumindo todas as responsabilidades por meu ato.</li> <li>Além disso, através deste termo, isento o Centro Goiano de Oncologia e todos os profissionais de saúde envolvidos, direta ou indiretamente, no tratamento do paciente, de qualquer responsabilidade sobre os efeitos e causas danosas referentes à condição clínica médica e de saúde do paciente.</li> <li>Ainda assim, optei por deixar esta Clínica às ____ horas do dia ____ / ____ / ____ à revelia do corpo clínico.</li> <li>Li, recebi esclarecimentos e de forma compreensível pelo médico assistente e equipe, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.</li> </ol> <p>Desta forma, <b>ASSUMO</b> toda responsabilidade pela recusa ao tratamento indicado e minha saída deste estabelecimento, mesmo ciente de que há indicação do médico assistente de manutenção da permanência e do tratamento proposto.</p> <p><b>DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |                               |  |
| <br>CENTRO GOIANO DE ONCOLOGIA  | <b>TERMO DE ALTA A PEDIDO</b> | Emissão: 01/2022<br>Vigência: 2 anos<br><br>Página 2 |
| <p><b>DESCRIÇÃO DOS RISCOS:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Goiânia, ____ de ____ de ____.</p> <p><b>Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal</b></p> <p>Nome legível: _____ Assinatura: _____<br/>         CPF: _____ Telefone: _____<br/>         Grau de Parentesco ou vínculo: _____<br/>         (obrigatório nos casos de representação): _____</p> <p><b>Preenchimento Obrigatório pelo Médico</b></p> <p>Expliquei todo o tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, referentes interrupção / abandono do tratamento médico-hospitalar, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.</p> <p style="text-align: right;">_____<br/>Assinatura e carimbo do Médico</p> <p><b>Testemunhas:</b></p> <p>Nome legível: _____ Nome legível: _____<br/>         CPF: _____ CPF: _____<br/>         Assinatura: _____ Assinatura: _____</p> <p>Revogação: _____, ____ / ____ /20____, às ____ horas e ____ minutos.</p> <p>_____<br/>Paciente ou Representante Legal</p>   |                               |  |

|                       | Nome   | Data              |
|-----------------------|--|-------------------|
| <b>Elaborado por:</b> | <b>Andréa Melo R. de Pádua Alves / Joseany Oliveira de Souza</b> | <b>03/07/2024</b> |
| <b>Aprovado por:</b>  | <b>Luís Onofre Rezende de Carvalho</b>                           | <b>03/07/2024</b> |