



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	03/2024
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	03/2024

SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. RESPONSABILIDADE.....	3
3. MATERIAL	3
4. PROCEDIMENTOS	3
5. OBTENÇÃO DAS ASSINATURAS	4
6. VIA DO PACIENTE/ ARQUIVO DO TERMO	4
7. CONTROLE DE VERSÕES	7

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	03/2024
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	03/2024

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. MATERIAL

Caneta

Almofada para Carimbo

Termo de Consentimento para tratamento Oncológico

4. 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 (Disponível em todos os computadores na área de trabalho denominado TERMO DE CONSENTIMENTO ONCOLOGIA)

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	03/2024
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	03/2024

- Após as duas partes assinarem, entregar o Termo à coordenação de Enfermagem

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.

5. 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 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.

6. 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

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	03/2024
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	03/2024

via deverá ser arquivada na pasta denominada “Termos de Consentimento – Oncologia” na pasta compartilhada da equipe de enfermagem.

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	03/2024
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	03/2024

ANEXO 1. Termo de Consentimento Informado

	<p>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO</p> <p>TRATAMENTO ONCOLÓGICO</p>	<p>Emissão: 03/2024 Vigência: 2 anos</p> <p>Página 1</p>
---	--	--

PACIENTE: _____

DN.: _____ CPF: _____ Prontuário: _____

Eu, _____, acima identificado (a), na condição de paciente do Centro Goiano 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 explicados de forma clara e objetiva, inclusive em relação a doença e quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento, também me sendo permitido 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, mucosite (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 antineoplásica, se o médico assistente julgar necessário, serei encaminhado a outro centro/hospital de urgência e emergência sendo 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

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	03/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	03/2024

Possuo 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 Nasc.: ____/____/____ 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.

Goiânia, ____ de _____ de _____. Hora: _____

Médico: _____

Assinatura: _____ CRM/_____: _____

Assinatura da Testemunha

7. CONTROLE DE VERSÕES

Versão	Motivo	Data da Revisão
01/2019	Criação	01/2019
01/2022	Revisão - formatação	01/2022
03/2024	Revisão - formatação	03/2024

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	03/2024
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	03/2024