|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  Eu, abaixo assinado(a), autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Serviço de Medicina Nuclear do Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), a realizarem o tratamento de iodoterapia com atividade de       mCi de I-131.  O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento, incluindo informações sobre os cuidados de proteção radiológica que deverei ter durante e após receber o I-131 e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente. Recebi também por escrito todas as informações que dizem respeito ao procedimento terapêutico ao qual serei submetido(a).  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, pois além daquelas complicações possíveis durante a sua realização existem outras que podem ocorrer após o procedimento, de maneira imediata ou tardia.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram esclarecidos e são os seguintes:   1. Suspensão do tratamento com iodo por condições clínicas surgidas antes da sua realização. 2. Suspensão do tratamento com iodo por problemas na produção e/ou entrega do material radioativo. 3. Exposição à radiação ionizante, com probabilidade de ocorrerem efeitos estocásticos, ou seja, efeitos geralmente associados à exposição a baixas doses e que podem manifestar-se após períodos de meses ou anos. 4. Náuseas, vômitos, boca seca por redução da salivação, dor cervical local transitória. 5. Outros riscos (especificar quando pertinente)   Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período seguinte, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento for iniciado.  Estou ciente ainda que para a realização do procedimento acima especificado será necessário o emprego de Iodo radioativo. Para mulheres com potencial de engravidar, eu entendo que o uso deste material pode prejudicar o embrião ou feto e, portanto, não deve ser realizado durante a gestação, exceto em casos especiais. Caso se aplique, eu afirmo não estar grávida no momento do procedimento e comprometo-me a fornecer ao Serviço de Medicina Nuclear exame de beta-HCG negativo ou informar a forma de anticoncepção a que estou submetida, tais como histerectomia, ligadura tubária ou colocação de dispositivo intrauterino (DIU).  Comprometo-me a ligar para o Serviço de Medicina Nuclear, telefones (51) 3359-8331 ou 3359-8332, até às 12h do dia      /     /      (quinta-feira anterior à data marcada para o meu tratamento) confirmando o meu comparecimento. Neste mesmo prazo, deverei enviar por e-mail (medicinanuclearhcpa@hcpa.edu.br) ou entregar pessoalmente no Serviço de Medicina Nuclear do HCPA o resultado dos exames de TSH (no caso de ter sido solicitado) e beta-HCG (para mulheres em idade fértil), coletados no máximo dois dias antes da confirmação.  Compreendo que a encomenda do iodo não será realizada se o serviço de Medicina Nuclear não receber os resultados dos exames laboratoriais, sendo, nesse caso, o tratamento reagendado para data futura.  Autorizo ainda que as imagens de procedimentos e exames, entre outras, possam ser utilizadas para fins acadêmicos, incluindo comunicações de casos a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma, estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o procedimento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /     /  Nome (em letra de forma) do Paciente ou Responsável:  Assinatura do paciente ou responsável:  Grau de parentesco do responsável:  Assinatura do Médico:  PACIENTE DO SEXO FEMININO EM IDADE FÉRTIL  Método contraceptivo utilizado (preenchido pela própria paciente):  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO**  **SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR**  RADIOIODOTERAPIA AMBULATORIAL | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-580 - gráfica hcpa - out19**