|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E E ESCLARECIDO**  Eu, abaixo assinado(a), autorizo 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.  Foi explicada 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 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 ou alteração da data do tratamento com iodo por condições clínicas surgidas antes da sua realização. 2. Suspensão ou alteração da data do tratamento com iodo por problemas na produção e/ou entrega do material radioativo. 3. Possível suspensão ou alteração da data do tratamento com iodo por preparo incorreto, falha da elevação do TSH ou, no caso de utilização de Thyrogen, dificuldade no acesso a este medicamento. 4. 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. 5. Náuseas, vômitos, boca seca por redução da salivação, dor cervical local transitória. 6. Outros riscos (especificar quando pertinente)   Estou ciente que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista com os riscos mais comuns.  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período seguinte, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que fora descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e 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. O uso deste material pode prejudicar embriões ou fetos e, portanto, o tratamento **não** deve ser realizado durante a gestação, exceto em casos especiais. Além disso, a gravidez deve ser evitada nos 06 meses, para mulheres, e 04 meses, para homens, seguintes ao tratamento.  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 permanente a que estou submetida, tais como histerectomia ou ligadura tubária, previamente e dentro do prazo estipulado antes do tratamento.  Comprometo-me a, na semana agendada para o tratamento: Segunda-feira, coletar os exames de TSH (no caso de ter sido solicitado) e beta-HCG (para pacientes que possam engravidar e que não tenham forma de anticoncepção permanente); até terça-feira, ligar para o Serviço de Medicina Nuclear, telefones (51) 3359-8331 ou 3359-8332, para confirmar o comparecimento e enviar o resultado dos exames. No dia agendado para o tratamento deverei entregar tais resultados no Serviço de Medicina Nuclear do HCPA.  Compreendo que o tratamento 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 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 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 ele foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, assim como o conteúdo do Manual de Iodoterapia em Nível de Internação.  Data:      /     /  Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:  Assinatura do paciente (ou responsável):  Grau de parentesco do responsável:  Assinatura e CRM do médico:  PACIENTES QUE PODEM ENGAVIDAR  Data do exame de beta HCG:      /     /  Resultado do exame de beta HCG:  Data da última menstruação:      /     /  Caso não seja apresentado o exame de beta HCG, forma de anticoncepção permanente (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**  **RADIOIODETERAPIA EM  NÍVEL DE INTERNAÇÃO** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-412 – gráfica hcpa – mai25**