

ETIQUETA

Por este instrumento particular, o(a) paciente _____ ou seu(sua) responsável, Sr.(a) _____, comunica formalmente ao HOSPITAL que estou desistindo de prosseguir com o Tratamento Oncológico Quimioterápico por motivos estritamente pessoais, pelos quais assumo inteira responsabilidade.

Declaro, para todos os fins legais, éticos e administrativos, que:

CIÊNCIA DOS RISCOS DA DESISTÊNCIA

Afirmo que fui plenamente informado(a), inclusive na presença de meus familiares (quando aplicável), sobre os riscos relevantes e potencialmente graves decorrentes da desistência da quimioterapia, incluindo, mas não se limitando a:

- Progressão acelerada da doença;
- Aumento do risco de disseminação tumoral (metástases);
- Agravamento do quadro clínico atual;
- Redução significativa das chances de resposta terapêutica;
- Sequelas funcionais temporárias ou permanentes;
- Possibilidade concreta de risco de vida;
- Redução das chances de uma recuperação mais rápida ou mais eficaz.

Reconheço que tais informações foram prestadas de forma detalhada, clara e compreensível.

UTILIDADE E BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO

Declaro que:

- A necessidade, utilidade e benefícios da quimioterapia foram amplamente explicados pelo(a) médico(a) responsável;
- Entendi que o tratamento oferecido constitui a conduta médica adequada e indicada para o meu caso;
- Ainda assim, reitero espontaneamente minha decisão de não dar continuidade ao tratamento quimioterápico.

COMUNICAÇÃO À FAMÍLIA

() A minha família tem total conhecimento da minha decisão e a respeita integralmente.

() Não possuo familiar disponível para ser comunicado, assumindo total responsabilidade individual pela decisão.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Declaro que:

- Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com o(a) médico(a) assistente, equipe de enfermagem e equipe multiprofissional;
- Todas as informações contidas neste documento foram lidas e compreendidas antes da assinatura;
- Estou ciente das consequências de minha decisão.

ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE E ISENÇÃO

Declaro, de forma livre e consciente, que:

- Esta decisão é exclusivamente minha, fruto de reflexão pessoal, sem qualquer coação ou influência externa;
- Assumo total responsabilidade pelos riscos decorrentes da interrupção do tratamento radioterápico;
- ISENTO integralmente o HOSPITAL, a equipe médica e assistencial de qualquer responsabilidade civil, ética ou administrativa por eventuais danos, complicações, agravamentos ou óbito que possam advir do cumprimento desta minha decisão.

REVERSÃO DA DECISÃO

Estou ciente de que posso, a qualquer momento, revogar esta desistência e solicitar a reavaliação para retomada do tratamento, desde que clinicamente possível e conforme disponibilidade da equipe e do serviço.

Ijuí (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____

UF: _____