

TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ("CONSENTIMENTO INFORMADO")

Por este instrumento, eu _____, declaro que:

1º) fui informado(a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e / ou diagnóstico(s): **Câncer de próstata**

2º) recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, riscos, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) estou ciente de que, durante o tratamento **VIGILÂNCIA ATIVA PARA ACOMPANHAMENTO DE CÂNCER DE PRÓSTATA DE MUITO BAIXO OU BAIXO RISCO** para tratar a(s) supra citada(s) condição(ões) poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referido(s), assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis (fortuitas). Sabendo-se da característica indolente de alguns tumores de próstata, essa doença pode ser, em casos selecionados, observada, adiando-se o tratamento para o momento em que a doença evoluir. Os pacientes devem ser bem orientados e devem seguir um protocolo rigoroso de acompanhamento, incluindo repetições periódicas da biópsia da próstata, exames físicos e de PSA e/ou ressonância magnética. Não se pode indicar essa forma de "tratamento" para todos os pacientes, mas deve ser discutida individualmente.

4º) estou ciente de que em procedimento(s), como o citado, podem ocorrer complicações, basicamente decorrentes da falha de acompanhamento de exames durante o seguimento. Essa falha pode resultar em evolução da doença perdendo-se o tempo necessário para o tratamento curativo, caso a doença torne-se em DOENÇA DE MÉDIO OU ALTO RISCO. **O OBJETIVO DESTA MODALIDADE DE TERAPIA É EVITAR TRATAMENTOS RADICAIS DESNECESSÁRIOS E SUAS COMPLICAÇÕES PARA DOENÇAS QUE APRESENTEM RISCO BAIXO OU MUITO BAIXO DE PROGRESSÃO TUMORAL CONFORME ESTADIAMENTO INICIAL, OU RETARDAR O TRATAMENTO RADICAL ATÉ QUE ELE SEJA NECESSÁRIO.**

5º) por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

6º) esta autorização é dada ao médico _____, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.

7º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

8º) consinto, portanto, ao médico supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s), E COMPROMETO-ME A SEGUIR AS ORIENTAÇÕES DO PROTOCOLO ESTABELECIDO POR ELE, E NÃO ABANDONAR AS VISITAS MÉDICAS RECOMENDADAS, POIS ESTE TRATAMENTO **NÃO** É CURATIVO.

9º) autorizo a realização de filmagens / fotografias, bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo meu médico, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

10º) apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeita (o) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Local, Data.

(assinatura do paciente)

(Nome e assinatura do(a) responsável) pelo(a) paciente)
No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou
não possa assinar este documento

(nome completo e legível do responsável)

(identidade / órgão)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado

Local, Data.