

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Atendimento:** \_\_\_\_\_

**Data Nasc.:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_

**ETIQUETA**

1. Fui informado (a) pela equipe médica de que as avaliações e os exames revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões), diagnósticos e/ou hipótese(s) diagnósticas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento a que serei submetido, a realização de Transplante de Células Progenitoras Hematopoiéticas Autólogo, como forma de tratamento para \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
O procedimento planejado foi a mim explicado pela equipe médica.
3. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, aos tratamentos alternativos e às possibilidades de ter os resultados esperados. Também recebi todas as explicações quanto a quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação e aos riscos que existem em não realizar o procedimento.
4. Foi-me explicado que para a infusão das células, medicamentos e sangue será instalado um dispositivo venoso chamado de cateter que permite a realização do transplante, porém pode aumentar as chances de infecções.
5. Os pacientes em fase de se submeter a um transplante são inicialmente tratados com um regime de condicionamento (quimioterapia com ou sem radioterapia).
6. A quimioterapia com ou sem radioterapia tem duas funções: reduzir o funcionamento do sistema imunológico, minimizando as chances de rejeição, e tratar intensivamente as células malignas residuais, a fim de diminuir o risco de reaparecimento da doença. Os regimes de condicionamento são modificados, dependendo da doença que está sendo tratada. As drogas são dadas durante a semana que antecede o transplante.
7. O tratamento quimioterápico e/ou radioterapia, denominado esquema de condicionamento, será realizado com os seguintes medicamentos/radiação \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Similar à uma transfusão de sangue, a suspensão da célula é infundida via cateter na corrente sanguínea do paciente. A infusão destas células, conhecidas também por células tronco, visa restabelecer o funcionamento da medula óssea, que fica comprometida após o esquema de condicionamento.
9. Estou ciente de que o procedimento tem os seguintes riscos potenciais:
  - Náuseas/vômitos; queda de cabelo (alopecia); feridas na boca e na garganta (mucosite);
  - Alterações na cor da pele, febre, tremores de frio;

- Tontura, sonolência, agitação, crises convulsivas e alterações de humor;
  - Perda de apetite, falta de ar, cansaço e fraqueza;
  - Diminuição dos glóbulos brancos do sangue (leucopenia e neutropenia) podendo levar à um aumento do risco de infecção;
  - Diminuição das plaquetas (plaquetopenia ou trombocitopenia), que são as células do sangue que iniciam a coagulação, o que pode aumentar o risco de sangramentos;
  - Diminuição dos glóbulos vermelhos (anemia);
  - Infecções são tratadas com antibióticos, antivirais e antifúngicos;
  - Comprometimento do fígado, pelo efeito tóxico da quimioterapia sobre as células hepáticas (doença veno-oclusiva hepática);
  - Sensação de mal-estar, gosto ruim na boca, dor abdominal e sangramento ao urinar, durante a administração das células progenitoras periféricas;
  - A reconstrução da medula óssea autóloga pode se dar de forma insuficiente, necessitando de tratamentos adicionais;
- 10.** Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer no procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns. Estou ciente também que após ter iniciado o tratamento, ele não poderá ser interrompido, uma vez que a não administração das células progenitoras periféricas depois de iniciado o tratamento pode levar à óbito.
- 11.** Fui informado que a maioria dos riscos potenciais são reversíveis. Em casos raros, alguns efeitos relacionados ao tratamento podem ser irreversíveis e tornam-se graves, podendo até determinar a morte do paciente.
- 12.** Fui informado que estarei suscetível à diversas infecções, no período imediato posterior ao tratamento, e que nos primeiros 12 meses após a minha infusão de células minha imunidade estará se normalizando.
- 13.** Reconheço que durante a administração de quimioterápicos ou no período pós-quimioterapia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento, incluindo transfusão de sangue ou seus hemocomponentes, uso de antibióticos, medicações adicionais para tratar enjojo, vômitos e diarreia, uso de insulina, aplicação de raio laser na boca, medicamentos para controle da pressão arterial e nutrição parenteral (alimentação dada pela veia). Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se à todas as condições que necessitarem de tratamento que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que a quimioterapia for iniciada. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a aplicação de qualquer medicamento.
- 14.** Fui informado que exames laboratoriais (coletas de sangue) serão repetidos regularmente durante todo o tratamento. Exames de imagem também poderão ser solicitados e alguns exames irão requerer o uso de sedativos ou até mesmo anestesia geral para que possam ser realizados com o menor desconforto possível. Concordo com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários e reconheço que sempre existem riscos e complicações com a anestesia.
- 15.** A equipe também me esclareceu que o transplante pode não trazer os resultados desejados, sendo que um efeito tóxico grave ou associado de toxicidades podem, raramente, determinar o óbito, e que

a realização do transplante não confere ao paciente uma garantia contra a recidiva da doença.

16. Ao longo de todo o processo de tratamento você será avaliado também pelo Serviço Social que tem por objetivo conhecer seu perfil socioeconômico e identificar questões de cunho social que possam impactar no tratamento pré e pós transplante, não por um viés restritivo e discriminatório, mas inclusivo no processo de seu autocuidado.
17. Fui informado ainda sobre os riscos psicossociais, durante e pós transplante, incluindo: ansiedade, depressão, alterações na imagem corporal, transtorno de estresse pós-traumático, disfunções sexuais, preocupações relacionadas à fertilidade, afastamento temporário das atividades de vida diárias e laborais, podendo resultar em impacto socioeconômico. Alguns medicamentos podem alterar a imagem do corpo, causando hirsutismo (crescimento de pelos), estrias e obesidade.
18. Fui orientado em relação à importância de uma referência de cuidados (acompanhante) e necessidade de local de hospedagem no período de tratamento para residentes fora da cidade de Itajubá.
19. Recebi a orientação sobre a possibilidade de suporte psicológico, psiquiátrico e social, caso necessário.
20. Faz parte do tratamento o acompanhamento ambulatorial regularmente, conforme orientação médica.
21. Após o transplante é comum a necessidade de uso de medicamentos como antibióticos, antifúngicos e antivirais, assim como terapias de consolidação do tratamento, resultando em custos adicionais, eventualmente não cobertos pelo plano/seguro de saúde e/ou pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
22. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
23. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
24. Esta autorização é dada ao(à) médico(a):

\_\_\_\_\_,  
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 a necessidade de coparticipação.

### **Deve ser preenchido pelo médico**

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Identidade Nº \_\_\_\_\_

Itajubá \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos.

De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que foi lhes informado.

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Itajubá \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

### Análises Científicas

Durante seu acompanhamento ambulatorial e durante internações são registrados dados e resultados de exames em seu prontuário médico. Esses dados são importantes tanto para o seu acompanhamento, quanto para eventuais análises científicas que poderão mudar futuramente a condução de casos como o seu. Para que se possa utilizar esses dados armazenados em seu prontuário, bem como os resultados de exames já realizados o senhor(a) deve manifestar seu livre consentimento para participar. Declaro o meu consentimento para utilização dos meus dados armazenados em meu prontuário, bem como dos meus resultados de exames.

Paciente  responsável (Grau de Parentesco): \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_

Itajubá \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Observação: no caso de não aceite, escrever "não aceito" no campo da assinatura.

Havendo aceite em participar, declaro as seguintes opções pessoais complementares:

NÃO desejo ser consultado a cada novo projeto científico que faça uso dos meus dados.

Desejo ser consultado a cada novo projeto científico que faça uso dos meus dados.

NÃO desejo ser informado caso alterações biológicas conhecidas associadas a um risco aumentado de desenvolvimento de doenças sejam encontradas em meus dados.

Desejo ser informado caso alterações biológicas conhecidas associadas a um risco aumentado de desenvolvimento de doenças sejam encontradas em meus dados.

### Testemunhas

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_