

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E INFORMADO  
PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO COM RADIOTERAPIA**

Pelo presente instrumento, declaro que fui, conforme assinado abaixo, suficientemente esclarecido(a) sobre o tratamento com radioterapia de \_\_\_\_\_ a que vou me submeter com o(a) médico(a) que me atendeu em consulta, o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_, e que consistirá em \_\_\_\_\_.

Estou ciente que, durante o tratamento, poderei apresentar alguns efeitos colaterais mais frequentes e outros menos, bem como riscos, sendo que os principais deles são os seguintes:

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_

Esses possíveis efeitos me foram esclarecidos pelo(a) médico(a), bem como as características do tratamento.

Fui informado (a) sobre minhas possibilidades de cura, porém, estou ciente de que não é possível garantir este resultado desejado e pode ocorrer mudança do plano original do tratamento, no decorrer do curso das aplicações.

Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado, tais como:

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

E, especialmente, evitar interromper o tratamento sem orientação médica e avisar o(a) médico(a) caso ocorram quaisquer efeitos colaterais.

Declaro também que meu médico me esclareceu sobre minha atual condição de saúde e dúvidas sobre o meu tratamento.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

Nome em letra de forma: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Testemunha (assinatura): \_\_\_\_\_

Nome em letra de forma: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico

\_\_\_\_\_