

FOP 068.04 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O FORNECIMENTO DOMICILIAR DE MEDICAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS ORAIS

TERMO

Eu, _____, portador do RG _____, na condição de Beneficiário ou Responsável Legal pelo Beneficiário _____, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, resolvo assinar o presente Termo de consentimento para o fornecimento domiciliar de medicamentos quimioterápicos orais, considerando as condições abaixo:

- Poderão haver reações leves da medicação quimioterápica oral, tais como: náuseas, vômitos, diarreia, prostração, diminuição do apetite, queda de cabelo, mucosite (inflamação da mucosa da boca), infertilidade, toxicidades renal, hepática e cardíaca, alteração no exame de sangue (anemia, diminuição das plaquetas e leucócitos), infecções, hemorragias, entre outros;
- Nos casos de intercorrências graves durante ou após o uso do medicamento quimioterápico oral, e/ou caso o Médico Assistente julgar necessário, buscarei atendimento nos centros de emergência aos prestadores credenciados à Postal Saúde;
- Nos casos de infecção grave, quando apresentar febre, diminuição de consciência ou outra manifestação clínica não habitual, estou orientado a buscar atendimento nos centros de emergência aos prestadores credenciados à Postal Saúde;
- Sob minha única e exclusiva responsabilidade, devo seguir todas as orientações médicas que me foram informadas, inclusive;
- Não é assegurada a garantia de cura, apesar da utilização dos medicamentos quimioterápicos orais propostos. A evolução da doença e/ou toxicidade medicamentosa, podem fazer com que o Médico modifique as condutas iniciais tomadas;
- Caso haja interrupção ou cancelamento do tratamento comprometo-me a notificar de imediato a Postal Saúde;
- Os medicamentos quimioterápicos somente poderão ser utilizados por mim ou pelo Beneficiário informado neste termo;
- Por livre iniciativa requero o fornecimento domiciliar dos medicamentos quimioterápicos orais, conforme prescrição médica;
- Poderão ser solicitadas documentações complementares (exames médicos) para análise do pedido de medicamento quimioterápico oral; e
- O envio dos documentos médicos não é garantia da autorização do medicamento e que este passará por análise técnica médica da Postal Saúde.

ASSINATURA

_____, ____/____/____.
Local e Data

Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal

Observações:

- O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento;
- Este Termo será preenchido em duas vias: uma que será arquivada na Postal Saúde e a outra será entregue ao Beneficiário.