

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA ONCOLÓGICA
EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA COVID -19**

Eu, _____, RG _____,
na qualidade de paciente, ou _____, RG _____,
na qualidade de responsável legal, depois de receber esclarecimentos a respeito do meu diagnóstico oncológico e ser orientado dos riscos e benefícios do tratamento, fui informado sobre as possíveis repercussões na postergação do meu tratamento cirúrgico.

Fui informada pelo(a) Dr(a). _____, CRM _____,
que, baseado nos dados científicos, o meu diagnóstico oncológico foi considerado, neste momento, como tumor de alta agressividade, sendo que o atraso na cirurgia poderá acarretar em piora do prognóstico oncológico.

Fui orientada que no meu caso não existe tratamento, nesse momento, capaz de substituir ou postergar, com segurança, a cirurgia oncológica. Recebi as informações da equipe médica baseadas em resoluções da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica que diz:

- Pacientes saudáveis de cirurgias eletivas podem contrair COVID 19 durante a internação.
- Pacientes saudáveis de cirurgias eletivas que contraiam COVID 19 no pós-operatório poderão desenvolver quadros mais graves devido às alterações imunológicas causadas pela cirurgia.
- Pacientes que tenham contraído a infecção há poucos dias podem ainda não ter desenvolvido sintomas e a ventilação mecânica durante as cirurgias pode resultar em agravamento dos casos.
- Pacientes com infecção assintomática por COVID 19 podem transmitir infecção à equipe.
- Pacientes de cirurgias eletivas que tiverem complicações respiratórias podem ter os sintomas semelhantes à infecção por COVID 19 causando confusão diagnóstica.
- Pacientes de cirurgias eletivas que desenvolverem infecção grave por COVID 19 no pós-operatório podem ter mais complicações cirúrgicas associadas.

Estou ciente de que nesse momento estamos vivendo uma situação de pandemia por COVID-19 e que há risco de contaminação durante o meu tratamento oncológico. Sei que pertenço a um grupo de risco de complicações mais graves, além de maior risco de óbito pós-operatório, numa eventual infecção pelo Corona Vírus.

Após ter sido esclarecida acerca de todas as minhas dúvidas, e estar ciente de todos os riscos, tomei a decisão de realizar a cirurgia nesse momento. Estou também ciente de que durante o período do meu tratamento, por consequência da pandemia, poderá ocorrer afastamento de membro da minha equipe médica, incluindo o(a) médico(a) assistente, acarretando em transferência dos meus cuidados à outros profissionais da instituição.

Local: _____

Data: ____/____/____

Nome do declarante ou responsável legal: _____

Assinatura: _____

Testemunha 1 – Nome: _____ Assinatura: _____

Testemunha 2 – Nome: _____ Assinatura: _____

Assinatura do médico: _____