



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Pré-realização de Sessões de Fototerapia

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, CPF nº _____, **DECLARA**, para todos os fins legais, especialmente o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/1990, qual dispõe sobre a Proteção do Consumidor, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente Dr.(a) _____, inscrito (a) no CRM _____ sob o nº _____, bem como à equipe de enfermagem da Associação Hospitalar Santa Rita, CNPJ nº 02.545.778/0001-01, que lhe assistirá, para proceder à realização de **SESSÕES DE FOTOTERAPIA**, prescritas com o fim de _____, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Declaro, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no artigo 9º da Lei 8.078/1990 e nos artigos 22 a 34 do Código de Ética Médica, após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento com **FOTOTERAPIA** supra-referido, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados, **especialmente quanto ao que segue:**

I. ESQUEMAS DE TRATAMENTO

O objetivo desse tratamento não é a cura, mas o controle ou melhora do quadro clínico de sua doença, apresentando resultados positivos validados com estudos científicos no decorrer das últimas décadas. Pacientes tem passado por esse procedimento com sucesso, geralmente mantendo a melhora da pele por longos períodos.

Existem dois tipos de equipamento: de corpo todo ou apenas de mãos e pés. O dispositivo a ser utilizado será definido pelo médico, na dependência do grau de extensão e da localização das lesões a serem tratadas.

Há um tempo inicial de sessão para cada paciente, que varia de acordo com o fototipo (escala de Fitzpatrick - sinônimo de cor da pele), bem como com a patologia que justificou a indicação de fototerapia (Dermatite atópica, Psoríase, Vitiligo, Prurido crônico, Linfoma cutâneo, Hipomelanose macular progressiva). O aumento de dose a cada sessão (eventualmente a cada duas ou três) e o tempo máximo de exposição de cada paciente, e também leva em consideração os critérios acima explicitados.

Tais dados são fornecidos única e exclusivamente pelo Dermatologista prescritor e estarão claramente disponíveis na ficha do paciente.



Para determinar o esquema terapêutico, o paciente DECLARA, que o médico responsável abordou sobre temas como sensibilidade ao sol (luz) e condições de saúde relevantes.

Pode-se levar de 15 a 25 sessões (ou mais) para que o paciente comece a apresentar melhora e nem todos respondem a essa terapêutica. Muitos pacientes, em contrapartida, entram em remissão e, nestes casos, indica-se a suspensão da fototerapia.

Ressalta-se, ainda, a importância da adesão e a persistência por parte do paciente durante esse processo. A regularidade de comparecimento é fundamental para se alcançar o sucesso do tratamento.

II. EFEITOS COLATERAIS

Conforme Manual Prático de Fototerapia elaborado pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), são considerados **efeitos colaterais da Fototerapia:** *a) Eritema e queimação, com surgimento eventual de bolhas; b) Xerose e prurido; c) aumento de sardas (efélides) e de hiperpigmentação (manchas); d) catarata (caso não seja utilizado óculos apropriados durante as sessões); e) desencadeamento ou exacerbação de doenças nas quais há maior sensibilidade à luz (por exemplo, lúpus eritematoso sistêmico).*

Após o término da sessão o paciente poderá sentir ardência e notar vermelhidão na pele, visto que estes estão associados aos efeitos colaterais. Caso isso ocorra, o paciente deverá comunicar imediatamente o enfermeiro assistente, para que faça constar no prontuário de atendimento e então seja comunicado ao médico especialista, responsável pela prescrição/encaminhamento. É vedado, nestes casos, aos profissionais de enfermagem a prescrição ou administração de medicamentos sem prévia prescrição médica.

Caso o paciente note e comunique mal estar, deverá o mesmo ser encaminhado ao Pronto Atendimento do Hospital Santa Rita, para avaliação médica. Eventual recusa do paciente, será anotada no prontuário, para fins de posterior esclarecimento, se necessário.

É importante lembrar, que eritema (vermelhidão discreto) sem dor pode ocorrer nas primeiras horas após a sessão de fototerapia. É considerado normal se desaparecer em até 24 horas e se não causar desconforto (ardência, dor) no paciente. Eritema persistente (vermelhidão por mais de 24 horas), dor e ardência e aparecimento de bolhas, que indicam queimaduras um pouco mais profundas, não são esperados e devem sempre ser relatados. Nesses casos, reiteramos a importância de alertar a equipe de enfermagem, para que o médico seja consultado. Não realizar nova sessão ou aumentar tempo de exposição, antes que o paciente seja avaliado pelo Dermatologista que prescreveu o tratamento.

Algumas medicações (inclusive remédios de uso rotineiro e chás) podem predispor a queimaduras. Por favor, avise ao médico todas as medicações em uso ou que venha a usar durante o tratamento (inclusive medicações tópicas e de uso esporádico).



III. RISCO DE CARCINOGENESE

Segundo a SBD, a fototerapia com RUV (radiação ultravioleta) do tipo B estreita (narrow band) é segura a médio e longo prazo, quanto ao possível risco de carcinogênese (indução do surgimento de cânceres de pele). Mesmo assim, fica a critério do médico obedecer a contraindicações relativas à sua prescrição, como pacientes com fotodano crônico e história prévia ou atual de câncer de pele, bem como portadores de síndromes facilitadoras de tal patologia.

IV. PREPARAÇÃO PARA SESSÃO

a) Apresentação da sala e do equipamento

Após lido e assinado o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, **antes, entretanto, de iniciar a sessão,** o enfermeiro assistente que ficará junto à sala da cabine durante toda a sessão, apresentará ao paciente a sala de fototerapia; fará demonstração da cabine; prestará informações sobre o tempo da sessão, funcionamento do equipamento e interrupções de emergência, entre outros esclarecimentos pertinentes, deixando ao final, tempo para o paciente fazer perguntas.

São responsabilidades da instituição hospitalar:

1. A limpeza do equipamento entre um paciente e outro. Tal higienização inclui aspiração da superfície, para remover resíduos de descamação; álcool 70% em pano úmido ou papel toalha nos locais com os quais o paciente teve contato físico, incluindo óculos de proteção.
2. Aferição da irradiância da RUVB: importante que seja realizada de maneira periódica. Para isso, entrar em contato com o fornecedor da máquina ou adquirir um radiômetro que seja de propriedade do hospital.

b) Preparação da vestimenta e proteção

As mulheres deverão utilizar calcinha e sutiã (ou biquíni - parte superior e inferior) para proteger áreas sensíveis.

Os homens utilizarão sempre cuecas ou sungas ou suportes atléticos para área genital, uma meia grossa preta poderá ser usada também, assim como papel laminado.

O óleo mineral poderá ser utilizado nas lesões espessas. Ele é apenas adjuvante nos casos de placas grossas. Nos casos de psoríase gutata ou outras dermatoses, não há necessidade;

Será fornecida proteção ocular para paciente, durante o tempo que estiver dentro da cabine;



O paciente deverá ficar no centro da cabine, com os braços estendidos ao lado do corpo;

O paciente é informado de que as portas da cabine não são trancadas e que a qualquer momento poderão ser abertas, **devendo sair imediatamente da cabine caso de desconforto por queimadura ou outras sensações incômodas, ou** após o desligamento luzes (término da sessão).

V. INICIO DO TRATAMENTO – SESSÃO

O enfermeiro assistente deverá dar toda atenção ao paciente durante o tratamento, perguntando se está tudo bem, informando o tempo que falta, etc.;

Ao final, o paciente em tratamento deverá assinar ficha da fototerapia, também subscrita pelo enfermeiro responsável, confirmando assim seu atendimento.

VI. SITUAÇÕES ADVERSAS

Em caso de constatada violação do presente Termo, bem como diante de eventual recusa do profissional assistente em registrar no prontuário queixas do paciente após o término da sessão, e/ou negativa de atendimento/encaminhamento para avaliação médica, deverá o paciente comunicar imediatamente a ouvidoria do Hospital Santa Rita, diretamente na Secretaria Administrativa, ou contatar pelo telefone (55) 3743-1144 / (55) 3743-1121, ou e-mail ouvidoria@hospitalsantarita.org.br, podendo optar por responder questionário avaliativo no endereço <https://hospitalsantarita.org.br/ouvidoria/>, sob pena de o não fazer, prejudicar a apuração fidedigna dos fatos quanto ao direito oportunamente invocado, mantendo-os controversos, especialmente face à disposto no artigo 6º, VIII, da Lei 8.078/1990.

VII. DECLARAÇÕES FINAIS

(Paciente atendido ou representante legal)

DECLARO estar ciente de que mesmo que o médico assistente, a equipe médica e o Hospital Santa Rita adotem todas as medidas possíveis para a prevenção de complicações, este é um risco existente a ser considerado. Tal risco é reduzido por meio de avaliação médica criteriosa realizada antes da prescrição do tratamento, bem como se forem seguidas as orientações contidas na folha de fototerapia preenchidas pelo profissional responsável (tempo inicial, aumento de dose nas sessões subsequentes, tempo máximo de exposição à radiação).

DECLARO a ciência e entendimento das informações contidas no presente instrumento, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a) e equipe de enfermagem, em razão de sua não observância ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.





DECLARO estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, **DECLARO** ter sido informado a respeito dos métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, após a leitura e compreensão sobre os **RISCOS, COMPLICAÇÕES E EFEITOS COLATERAIS**, mais comuns do procedimento supramencionado, **AUTORIZO** de forma expressa e irrevogável sua realização, obrigando e com efeitos extensível à herdeiros, sucessores e curadores.

Jaboticaba (RS), _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável

Nome completo:

CPF:

Assinatura do médico responsável

Nome:

CRM:

Assinatura do enfermeiro responsável

Nome:

COREN:

