

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME DE IMAGEM COM CONTRASTE	FO – JUR
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
NOME:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF ou RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
RESPONSÁVEL:
CPF ou RG DO RESPONSÁVEL:
EXAME A SER REALIZADO:

Obs.: **Exame realizado com contraste NÃO IÔNICO.**

Exame em caráter **ELETIVO**
 Exame em caráter de **URGÊNCIA** ou **EMERGÊNCIA**
 Contraste **ENDOVENOSO**
 Contraste **ORAL**

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

- Está ciente que a realização do exame acima especificado envolve o uso de radiação ionizante (raios x) e computadores para produzir imagens de interesse médico, da parte do corpo que se quer estudar. Como parte desse exame, será necessária a **administração de contraste, via oral ou endovenoso**, conforme opção técnica do profissional médico, sendo a última opção (endovenoso) por aplicação feita por profissional graduado, habilitado para realizar tal ato.
- Está ciente que o **contraste** é um líquido transparente, sem cor, de consistência espessa, que será eliminado do corpo pelos rins e não vai alterar o aspecto da urina. O contraste serve para realçar tecidos de interesse e fornece importantes informações diagnósticas.
- Está ciente que a aplicação do contraste **endovenoso**, embora feita com todo o cuidado e zelo por profissional capacitado, poderá extravasar o líquido, por rompimento de veia sanguínea, em razão da consistência do líquido. Caso isso ocorra, o líquido poderá gerar irritação, vermelhidão ou queimaduras no local da aplicação, além de dores moderadas e hematomas, no local da punção, que vão desaparecer em alguns dias, conforme a reação individualizada de cura de cada organismo.
- Está ciente que logo após a administração do contraste pode sentir um gosto metálico, uma sensação de aquecimento e, às vezes, discreta náusea. Essas sensações passam rapidamente. Ocasionalmente, reações alérgicas menores como coceira, espirros, inchaço nos olhos ou respiração difícil pode ocorrer no paciente, sendo, às vezes, necessário o tratamento medicamentoso.
- Está ciente que caso venha a sentir algum desses sintomas acima citados, precisa informar imediatamente à equipe do Serviço de Imagem do HBB, que tomará as providências para encaminhá-lo ao atendimento necessário. Raramente, numa estatística de 1/1000, pode ocorrer reação séria ao uso do contraste. Mais excepcionalmente ainda, numa estatística de 1/400.000, podem ocorrer reações graves ao uso de contraste, com risco de morte. Mesmo sendo extremamente raro, casos fatais podem ocorrer após a injeção de contraste, não sendo descartada essa possibilidade.
- O exame realizado não assegura a garantia de cura ou de diagnóstico, e a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) assistente 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 o seu julgamento técnico.

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME DE IMAGEM COM CONTRASTE	FO – JUR
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

7. Está ciente de que deve responder ao questionário abaixo com o **máximo de precisão e sinceridade**, pois é fundamental para dar maior segurança ao serviço e evitar dano a saúde do paciente:

PERGUNTAS PARA O PACIENTE	SIM	NÃO
Já fez algum exame radiológico com contraste iodado intravenoso ou via oral, ou realizou exame no qual tenha sido feito injeção intravenosa antes de fazer o exame?		
Após a realização do exame apresentou alguma reação alérgica?		
Já apresentou alergia SEVERA a medicamento ou alimento?		
Já apresentou sintomas de asma ou bronquite asmática?		
Fez ou faz tratamento de alguma doença? Se positivo, escreva qual doença:		
Toma remédios para doença cardíaca?		
Toma remédio para diabetes que contém METFORMINA?		
Já realizou cirurgias anteriores?		
Portador de insuficiência renal ou doença renal (possui rim único, faz ou já fez diálise ou cirurgia renal)?		
Tem uma ou mais dessas doenças: Hipertireoidismo ou Feocromocitoma ou Mieloma Múltiplo ou Miastenia Gravis ou Realiza Terapia com Iodo Radioativo?		
Se paciente do sexo feminino, informe se encontra-se em gestação?		
Se paciente do sexo feminino, informe se encontra-se amamentando?		
Se paciente do sexo feminino, informe qual a data da última menstruação?		

8. As informações acima preenchidas são declaradas verdadeiras pela minha assinatura ao final.

9. Recebi explicações, li, compreendi e concordei com os termos deste documento, e que me foi dada à oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos do exame ao qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Estou ciente que posso retirar o consentimento, a qualquer momento antes da realização do exame, e não me submeter a ele, sem qualquer punição.

10. Ciente do acima exposto, declaro que AUTORIZO a equipe médica e os demais profissionais que atuam no Serviço de Imagem do Hospital Bruno Born (HBB) a realizar o EXAME DE IMAGEM COM CONTRASTE, assumindo os riscos inerentes a esse exame.

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): _____, CRM _____, declaro que coletei previamente este consentimento, informando os riscos e esclarecendo dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura: _____