



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

ETIQUETA

Quem recebeu as orientações e assina o termo: () **Paciente** () **Responsável**

Nome: _____, RG: _____

CPF: _____, Nascimento: ___/___/_____, Grau de parentesco: _____.

Endereço: _____.

Seu médico solicitou o exame de Tomografia Computadorizada para melhor visualização e definição das imagens e das estruturas e será necessário o uso de meios de contraste por via oral (com iodo ou bário, para visualização do aparelho digestivo/intestinal) ou venosa (com iodo, para visualização das estruturas vasculares e vascularizadas).

A administração endovenosa do meio de contraste é segura e os efeitos colaterais são incomuns, quando acontecem, podem ser: leves (náuseas, vômitos, urticárias), moderados (edema facial, sibilos, broncoesparmo), ou graves (insuficiência respiratória, edema de glote). As reações graves são raras com estatísticas variando em torno de 1 caso para 250.000 exames contrastados feitos.

Leia com atenção e responda o questionário abaixo:

Já fez exame com injeção de contraste iodado (urografia excretora, tomografia computadorizada, cateterismo)? Sim () Não () **Teve alguma reação?** Sim () Não (),

Qual: _____.

Tem alergia a algum remédio ou alimento? Sim () Não (), Qual: _____.

Tem alguma das doenças a seguir: Hipertensão arterial (pressão alta) (); Asma (), usa “bombinha” (); Rinite (); Diabetes (); Doença dos rins (); Cálculo (); Insuficiência cardíaca (); Angina (); Infarto do coração ().

Usa medicamentos diariamente ou com frequência, quais? _____

Usa metformina (glucoformin, Glifage, Dimefor, Glucofage) para diabetes? Sim () Não ()

Já fez alguma cirurgia? Sim () Não (), Qual? _____.

Estar grávida? Sim () Não () Está em dúvida ()

Faz ou fez quimioterapia ou radioterapia? Sim () Não (), Por que? _____

_____, Quando ___/___/_____.

O paciente possui as seguintes condições pessoais que podem influenciar no resultado do procedimento: _____

Autorizo a realização da Tomografia Computadorizada pelo(a) Dr.(a) _____

_____, Inscrito(a) no CRM sob o n.º _____ e sua equipe.

Declaro que cumpri todo o preparo para o exame, bem como, que recebi, li e compreendi todas as informações quanto ao exame, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas.



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

ETIQUETA

Também tive oportunidade de fazer perguntas que foram totalmente respondidas. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo a realização de qualquer procedimento emergencial, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Rio de Janeiro, ____/____/_____, Hora: _____.

Assinatura _____.

PELO MÉDICO: Atesto que expliquei todo o procedimento ao paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreenderam todas as informações.

Assinatura médico: _____.

Assinatura Testemunha (se houver): _____.

* Documento preparado conforme art. 22 do Código de Ética Médica e disposições do Código de Defesa do Consumidor.