

Termo de Ciência e Consentimento

Tomografia

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) que a tomografia computadorizada (TC) consiste em um exame que utiliza raiosX (radiação ionizante) para a geração de imagens, semelhante às radiografias, e que por isso está contraindicado para pacientes gestantes ou com suspeita de gravidez. Entendi que a TC é utilizada para confirmar ou afastar o diagnóstico de diversas doenças, entre outras indicações, e que é muito superior às radiografias convencionais por conta de sua elevada qualidade de imagem e a capacidade de reconstruir essas imagens em quaisquer direções no espaço.

Entendi que o tempo de exame geralmente é curto, não ultrapassando alguns minutos, e que é fundamental que eu permaneça calmo (a) e imóvel durante o estudo para que as imagens geradas sejam de adequada qualidade. Durante a realização do exame, poderei ser orientado a realizar manobras de apneia (Prender a respiração) ou valsalva (Contrair abdômen).

Compreendi que para a realização deste exame pode ser necessário a administração de meios de contraste por via oral, por via venosa ou por via retal. Os meios de contraste para uso venoso são substâncias que contêm iodo em sua composição. A avaliação da necessidade de contraste é feita individualmente, baseada na indicação clínica e nas informações do questionário de dados clínicos preenchido por mim previamente. O uso de meios de contraste é considerado um procedimento seguro e suas reações adversas são raras. Essas são classificadas em leves (náuseas, vômitos), moderadas (edema facial e bronco espasmo) ou graves (insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de vida). As reações adversas graves são extremamente incomuns, tendo incidências que variam de 1 para 100.000 a 1 para 400.000 exames contrastados realizados.

Entendi que as reações adversas são mais frequentes em determinados grupos de pacientes, e que por isso foi necessário o preenchimento prévio do questionário de dados clínicos.

Estou ciente que pode ser necessário o uso prévio de medicações (Dessensibilização medicamentosa) que atuam na prevenção e redução da intensidade de reações adversas ao meio de contraste, caso haja, no questionário clínico previamente preenchido por mim, alguma informação que indique risco aumentado dessas reações.

Estou ciente que cabe ao Radiologista na hora do exame, a decisão final pelo uso ou não do meio de contraste, desde que previamente autorizado por mim neste documento.

Também fui informado (a) que na tomografia computadorizada, são utilizadas técnicas que reduzem ao máximo a dose de radiação que o paciente é exposto, minimizando os riscos frente às decisivas informações que este método diagnóstico pode oferecer.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

Autorizo a veiculação das referidas imagens do exame para fins científicos (preservando a identidade do paciente). Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Nome do
médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____