

Termo de Ciência e Consentimento

Exames Gerais de Medicina Nuclear

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

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado(a) que os exames cintilográficos utilizam materiais radioativos, que podem ser administrados por via oral, inalatória, endovenosa ou sondagem vesical. Estes materiais emitem radiações gama que são detectadas pelos aparelhos de Medicina Nuclear (Gama câmara), formando imagens funcionais dos órgãos.

Entendi que os materiais utilizados são radiofármacos e não contrastes como os utilizados em exames radiológicos, não causando assim reação alérgica. Outros tipos de reações adversas são extremamente incomuns.

Compreendi que as atividades radioativas administradas para os exames são baixas. São utilizados materiais e dosagens de acordo com padrões internacionais de segurança.

Fui informado(a) que posso apresentar traços de radiação (principalmente na urina) por um período médio de 48 horas após os exames com radionuclídeo tecnécio-99m.

Compreendi também que mulheres grávidas não devem receber materiais radioativos e, portanto, não podem realizar esse tipo de exame. Caso estejam amamentando, as mulheres receberão previamente orientações específicas em relação ao tempo de interrupção.

Fui informado(a) que, quando os exames de Medicina Nuclear são indicados, as alternativas para diagnosticar a minha condição clínica são em geral menos eficientes ou inexistentes. Essas alternativas incluem a tomografia e a ressonância, que se utilizam de outras formas de radiação.

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.

Esta autorização é dada ao(a) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistentes(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: _____