

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

NOME _____

DN ____/____/____ SEXO _____

RG _____ IDADE _____

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar o paciente e/ou seu responsável sobre os aspectos relacionados ao(s) procedimento(s) ao(s) qual(is) será submetido(a)

RETORNO MÉDICO

____ / ____ / 2021

Esclarecimento:

1. O Sr (a) realizará um exame de Tomografia Computadorizada (TC) solicitado por seu médico assistente. Este exame utiliza raios-x (radiação ionizante) para a geração de imagens, semelhante às radiografias convencionais. Historicamente, o uso de radiações sempre causou apreensão às pessoas. Porém, quando essa forma de energia é controlada, podemos utiliza-lá a nosso favor. No caso da TC, as doses de radiação são controladas, minimizando os riscos frente ao grande benefício que um diagnóstico precoce e preciso pode oferecer.
2. Para a realização do seu exame, pode ser necessária a administração de meios de contraste por via oral, via retal e/ou venosa para a melhor definição das imagens e, conseqüentemente, melhor informação diagnóstica. Os meios de contraste para uso venoso são substâncias que contém iodo em sua composição. A avaliação da necessidade e tipo de contraste a ser utilizado é feita individualmente, baseada na indicação clínica e estruturas a serem estudadas. O uso de meios de contraste é considerado um procedimento seguro e suas reações adversas são raras. Classificam-se em leves (náuseas, vômitos), moderadas (edema facial e broncoespasmo, entre outras) ou graves (insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de morte). As reações adversas graves são extremamente incomuns com incidências que variam de 1 para 100.000 a 1 para 400.000 exames contrastados realizados.

Consentimento:

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) exame(s).

1. A proposta do procedimento/ exame a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos e complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.
2. Assim, declaro que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos deste exame. Foi-me dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado, inclusive se necessário, autorizo a aplicação do contraste iodado.
3. Entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE LEGAL:

São Paulo, ____/____/____ Hora ____:____

Nome: _____ Idade: _____ Data Nasc: ____/____/____

Identidade Nº _____ Órgão Expedido: _____

Grau de parentesco _____

Assinatura: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

- Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal sobre o exame a ser realizado, conforme o termo acima. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.
- Paciente portador de deficiência, sem acompanhante ou representante legal.
- Paciente analfabeto, sem acompanhante ou representante legal.

Nome do médico: _____ Assinatura: _____ Nº: _____

(CRM ou COREN)