TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

HOSPITAL Unimed Sul Capixaba

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL		
Nome:		
Doc. de Identificação:	Tipo:	Nº:

Eu acima identificado, na condição de paciente do Hospital Unimed Sul Capixaba ou de responsável legal pelo paciente _____, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o(a) Dr(a) _____, CRMES nº _____ e todos os demais profissionais vinculados a assistência, pertencentes ao corpo clínico do Hospital Unimed Sul Capixaba, a realizar o procedimento de tomografia computadorizada.

Estou ciente que este exame utiliza raios-X (radiação ionizante) para a geração de imagens, semelhante às radiografias convencionais. Sei que historicamente, o uso de radiações sempre causou apreensão às pessoas, porém quando essa forma de energia eletromagnética é controlada, podemos utilizá-la a nosso favor. No caso da Tomografia Computadorizada, as doses de radiação são muito baixas, minimizando os riscos frente ao grande benefício que um diagnóstico precoce e preciso pode oferecer.

Para a realização do seu exame pode ser necessária a administração de meios de contraste por via oral e/ou por via venosa para a melhor definição das imagens e, consequentemente, melhor informação diagnóstica. Os meios de contraste para uso venoso são substâncias que contêm iodo ou bário em sua composição.

A avaliação da necessidade e tipo de contraste a ser utilizado é feita individualmente, baseada na indicação clínica e nas 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 bronco-espasmo, entre outras) ou graves (insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de vida). As reações adversas graves são extremamente incomuns com incidências que variam de 1 para 100.000 a 1 para 400.000 exames contrastados realizados. Como as reações adversas são mais frequentes em determinados grupos de pacientes, solicitamos preencher o questionário abaixo para que possamos avaliar seu grau de risco, respondendo a cada pergunta:

	Sim	Não	Não sei
1. Já fez algum exame com contraste iodado endovenosamente ou por via oral (tomografia, urografexcretora, colecistograma oral, cateterismo cardíaco)?			
2. Você já apresentou reação alérgica ao utilizar contraste iodado?			
3. Você já apresentou alergia a medicamentos iodados por via oral?			
4. Você apresenta asma brônquica?			
5. É portador de rinite?			
6. Tem algum tipo de alergia?			
7. Você tem alergia à sulfa?			
8. Você tem alergia a penicilina?			
9. Você tem alergia de pele (urticária)?			
10. É portador de insuficiência renal ou outra doença dos rins?			
11. Faz diálise?			
12. Faz uso de algum medicamento diariamente?			
13. Quais?			
14. É portador de diabetes?			

15. Faz tratamento com algum medicamento para diabéticos? Qual?			
16. Está fazendo quimioterapia?			
17. Você está grávida? (válido para paciente do sexo Feminino)			
18. É portador de algum problema cardíaco (insuficiência cardíaca, infarto, angina)?			
19. Já fez alguma cirurgia?			
20. Quais?			

Declaro que fui devidamente informado e autorizo a realização do exame de Tomografia Computadorizada com administração de meio de contraste, se necessário. Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a minha vida (ou do paciente) em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado.

Declaro também para fins de Direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e solidário. Por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado quando não houver cobertura contratual do plano de saúde e /ou instituição, ou caso o exame seja realizado em caráter particular.

Certifico que este termo me foi explicado e que eu o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Cachoeiro de Itapemirim, ____ de _____ de _____.

_____

Assinatura da Paciente ou Responsável Legal

_____	_____
Assinatura Testemunha	Assinatura Testemunha
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
RG: _____	RG: _____