

TCLE* – PROCEDIMENTOS RADIOLÓGICOS (TOMOGRAFIA/RADIOGRAFIA)

*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

FILIAÇÃO:

DATA:

Eu, acima identificada, declaro que fui informada pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados aos procedimentos radiológicos aos quais serei submetida, indicados por meu médico Dr. _____, declarando ainda, para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90, que dou plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM sob o nº _____, para realização do exame de _____, incluindo outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Tomografia Computadorizada: Exame de imagem que utiliza radiação ionizante e softwares avançados para gerar imagens detalhadas das estruturas internas do corpo. Pode requerer o uso de contraste, administrado oralmente, retalmente ou por via intravenosa. **Radiografia (Raio-X):** Exame que utiliza feixes de radiação para obter imagens bidimensionais de estruturas ósseas ou tecidos moles.

ORIENTAÇÕES SOBRE A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO: O procedimento será realizado por um técnico especializado em radiologia, supervisionado por um médico radiologista; Poderá ser necessária a realização de um teste de gravidez em pacientes em idade fértil, como medida de segurança adicional; No caso de mulheres grávidas, serão adotadas medidas para minimizar a exposição fetal, incluindo o uso de proteção de chumbo e, se necessário, a substituição do exame por alternativas mais seguras.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: **1. Exposição à radiação:** O exame utiliza radiação ionizante, sendo possível a ocorrência de efeitos mínimos nos tecidos do corpo. Em mulheres grávidas, pode haver riscos ao feto, motivo pelo qual os exames são realizados apenas quando extremamente necessários. / **2. Contraste:** Em exames que utilizam contraste, há o risco de reações alérgicas leves (coceira ou urticária) a graves (choque anafilático). Em raros casos, podem ocorrer efeitos adversos renais. / **3. Repetição do exame:** Em casos de movimentação excessiva ou posicionamento inadequado, pode ser necessário repetir o exame.

DECLARO AINDA QUE:

- 1) Na condição de gestante, recebi do médico radiologista todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas em relação ao exame indicado, bem como fui informada sobre os riscos da radiação ionizante. Declaro ter sido informada que o médico solicitante do exame justificou a sua realização considerando os benefícios obtidos, que superam em muito os possíveis danos que possam ser causados, não existindo técnicas alternativas igualmente eficazes para um bom diagnóstico.
- 2) Estou ciente que a radiação ionizante pode induzir efeitos no embrião ou feto, dependendo do tempo de gestação e da dose de radiação recebida, e que estes efeitos podem também ocorrer naturalmente ou induzidos por outros fatores que não estão relacionados à realização desse exame. Nesse sentido fui informada que será utilizada a técnica radiográfica mais adequada e, quando possível, a utilização de equipamentos de proteção individual (protetor de tireoide e avental) confeccionados de material de chumbo, para que a dose de radiação aplicada seja a menor possível.
- 3) Fui informada ainda que durante o procedimento ou no período imediatamente após a sua realização, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o exame for iniciado.
- 4) Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o procedimento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.
- 5) Confirmo que tive oportunidade de perguntar o que quis e recebi todas as respostas da equipe médica, de forma clara e em linguagem compreensível ao leigo da medicina, a qual me esclareceram todas as dúvidas relativas ao(s) procedimento(s) e as operações a que serei submetido(a) durante a avaliação pré-operatória ambulatorial, SALVO em casos emergenciais, em que este termo poderá ser adquirido e registrado em outros formatos específicos.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Franca, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:

() Afirmando que expliquei todo o procedimento, exames, tratamentos e/ou cirurgias que o paciente acima referido poderá necessitar, sendo que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável todos os aspectos sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

ASSINATURA DO MÉDICO (ASSISTENTE)

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____