

Ressonância Magnética

1º) O exame de Ressonância Magnética utiliza um alto campo magnético associado a ondas de radiofrequência para a aquisição das imagens. Requer cuidados especiais para a sua realização e para segurança dos pacientes. Em decorrência desse elevado campo magnético, objetos metálicos (chaves, moedas, correntes, grampos de cabelo, brincos, anéis, piercings, botões metálicos nas roupas, muletas, etc.) **devem ser previamente retirados**, pois podem ser atraídos pelo equipamento. Portanto, **a entrada na sala com estes objetos é proibida**.

Assim, relacionamos abaixo alguns itens que devem ser preenchidos de maneira adequada antes da realização do seu exame. Por favor, assinale aqueles que lhe dizem respeito:

	SIM	NÃO	NÃO SEI
Marca passo cardíaco	☐	☐	☐
Neuroestimuladores	☐	☐	☐
Cirurgia Craniana ou clipe em vaso sangüíneo	☐	☐	☐
Válvula Cardíaca (prótese metálica), Cirurgia Cardíaca	☐	☐	☐
Eletrodos	☐	☐	☐
Cirurgia de ouvido / implantes no ouvido	☐	☐	☐
Bomba de insulina	☐	☐	☐
Cirurgia dos olhos	☐	☐	☐
Fragmentos metálicos na cabeça, nos olhos ou na pele	☐	☐	☐
Placas metálicas, pinos, parafusos, fios, cliques	☐	☐	☐
Já trabalhou ou trabalha com metal?	☐	☐	☐
Deficiência física. Qual?	☐	☐	☐
Claustrofobia (não consegue ficar em lugares fechados)	☐	☐	☐
Gravidez, ou possibilidade de estar grávida	☐	☐	☐
Insuficiência renal ou hepática	☐	☐	☐

Comentários: _____

2º) A duração do exame de Ressonância Magnética pode variar de 10 minutos a 1 hora.

3º) Durante este período você deve permanecer deitado de costas, imóvel. Se você considera que esta posição possa causar – lhe problemas, comunique a quem estiver lhe atendendo.

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA
EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

1º) Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter discutido e analisado com a equipe técnica os principais riscos e complicações de exames específicos à minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura.

2º) Consinto, portanto, que a equipe médica do CENTRO DE IMAGEM realize o(s) procedimento(s) e permito que utilizem os meios para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o presente exame.

3º) Declaro expressamente ter plena ciência, desde que minha identidade seja preservada, que as imagens geradas através do procedimento, quando transmitidas em meio de Internet, poderão ser visualizadas, capturadas ou mesmo alteradas, por terceiros usuários e, se ocorrer, nenhuma responsabilidade caberá ao prestador pela divulgação, veiculação, utilização ou publicação de tais imagens, transmitidas por acesso indevido e/ou ilegal.

Barretos, ____ de _____ de 20__.

(assinatura do(a) paciente)

(assinatura da(o) responsável pelo(a) paciente)
No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou
não possa assinar este documento

(nome completo e legível do responsável)

(identidade / órgão)