



**TERMO DE ESCLARECIMENTO,
CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA USO DE CONTRASTE**

TER.IMG.0001/04
Implantação: 05/2013
4ª Revisão: 02/2024
Classificação: RESTRITO

Por este instrumento particular o(a) paciente _____, nascido (a) em ___/___/___, ou seu responsável, Sr.(a) _____, inscrito no CPF sob o nº _____ e RG nº _____, **DECLARA**, para todos os fins legais, que foi informado sobre a forma de realização do exame designado _____ bem como, sobre todos os procedimentos a serem adotados para sua realização, especialmente as que se seguem:

a) Que os meios de contraste são substâncias utilizadas para facilitar a realização de determinados exames, as quais permitem uma melhor avaliação de algumas estruturas do corpo humano que possuem densidade similar, garantindo melhor visualização. Os meios de contraste para uso venoso são à base de iodo ou gadolínio, a avaliação da necessidade e tipo de contraste a ser utilizado é feita individualmente, baseada na indicação clínica e nas estruturas a serem estudadas.

b) Que o exame referido tem a seguinte indicação:

() Tomografia Computadorizada: _____

() Raio x: _____

() Ressonância Magnética: _____

c) Que 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 broncoespasmos, entre outros) e graves (insuficiência renal, respiratória e risco de vida). As reações adversas graves são extremamente incomuns com incidências de 1 para 100.000 a 1 para 400.000 exames contrastados.

d) Que durante a realização de contraste é comum sentir calor, sensação de urinar e gosto ruim na boca.

Outrossim, declaro, por livre iniciativa, que autoriza a realização do procedimento citado da forma como foi exposto no presente termo, incluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis ou emergências que poderão ocorrer.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou.

Finalmente, declara ter sido atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para a sua realização.

Chapecó (SC) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Médico responsável pela aplicação

Testemunhas:

1. _____

Nome:

CPF:

2. _____

Nome:

CPF: