

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<p style="text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p style="text-align: center;">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

Autorizo de livre vontade, a realizar em mim (ou em paciente sob minha responsabilidade) exames com uso de contraste iodado.

Termo de esclarecimento, ciência e consentimento para a realização de exames radiológicos que utilizam contraste endovenoso iodado, como urografia excretora, Tomografia Computadorizada com contraste, Angiografia Vascular, Estudo Hemodinâmico e Tratamento Endovascular.

A realização deste exame é fundamental para o esclarecimento da hipótese diagnóstica de seu estado de saúde, no entanto considerando que além dos benefícios, existem alguns riscos à sua saúde, e considerando que os benefícios superam os riscos, esclarecemos que o contraste iodado Venoso pode causar algumas reações adversas e alérgicas, tanto reações leves como moderadas ou graves:

- Reações leves: (mais comuns) náuseas e vômitos.
- Reações moderadas: Edema facial e brocoespasmo
- Reações graves: (muito raras) insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de vida. A literatura médica indica aproximadamente de 0,157% a 0,031% de reações severas; o risco de óbito é de 1 em cada 100.000 pacientes.

Não é possível prever se o paciente terá ou não algum tipo de reação; não existe até o momento nenhum tipo de exame capaz de pré-diagnosticar paciente alérgicos ao referido contraste; a eventual profilaxia esta baseada no antecedente pessoal de doenças, alergias e medicações, e a outros agentes (como determinados alimentos).

Esta Instituição esta apta e preparada para dar suporte médico as mais variadas reações, possuindo em suas dependências, instrumentos adequados e equipe habilitada para, na medida do possível, reverter as referidas situações.

Este exame deve ser evitado em pacientes gestantes, podendo ser realizado em situações especiais (benefício do exame seja maior que o seu risco).

Você esta Grávida ou há suspeita de gravidez?

Sim

Não

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME COM RADIAÇÃO IONIZANTE E CONTRASTE IODADO

Estou ciente que esta Instituição segue rigorosamente as normativas da RE/Anvisa 2606/2006 e RDC/Anvisa nº15/2012 quanto ao reprocessamento dos materiais, estou de acordo com a legislação vigente e a ser submetido ao procedimento conforme a prática do Hospital.

Por fim, declaro ter lido as informações, e que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que o **EXAME COM RADIAÇÃO IONIZANTE E CONTRASTE IODADO** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Assim, tendo conhecimento:

- Autorizo a realização do exame e o uso de contraste iodado Intravenoso.
- Autorizo a realização do exame sem o uso de contraste iodado intravenoso.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o **EXAME** proposto.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim ISENTO de qualquer responsabilidade o médico assistente.

Local e data: _____

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável