

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 paramagnético.

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 paramagnético pode causar algumas reações alérgicas, tanto reações leves, como moderadas e grave.
- Dentre as Reações leves que são mais comuns, podemos citar: náuseas e vômitos, dentre as graves que são muito raras: choques irreversíveis. A literatura médica indica aproximadamente de 0,157% a 0,031% de reações graves: o risco de óbito é de um 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 está baseada no antecedente pessoal de doenças alérgicas a medicações e a outros agentes (como determinados alimentos).
- Esta instituição está 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 está Grávida ou há suspeita de gravidez?

- Sim
- Não

Para a realização do exame ASSINALE ABAIXO, na opção Sim ou Não em relação implantes que possui:

Sim Não

- Marcapasso Cardíaco
- Clipe de Aneurisma ou Clipe Cirúrgico
- Implante Coclear Auditivo
- Apresenta Algum Corpo Estranho Metálico (Bala, Estilhaço, Fagulhas, Fragmentos Metálicos, Etc).
- Onde: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

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 DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Assim, tendo conhecimento:

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

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o **EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA** 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