

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
PACIENTE DO SEXO FEMININO

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

A Sra. realizará um exame de Tomografia Computadorizada (TC) solicitado por seu médico assistente. Este exame utiliza raios-X (radiação ionizante) para a geração de imagens, semelhante às radiografias convencionais. Historicamente, o uso de radiações sempre causou apreensão às pessoas. Porém, quando essa forma de energia eletromagnética é controlada, podemos utiliza-la a nosso favor. No caso da TC, as doses de radiação são muito baixas, minimizando os riscos frente ao grande benefício que um diagnóstico precoce e preciso pode oferecer. Para zelar pela sua segurança e pela excelência dos exames por nós realizados, o Hospital Quinta D'Or implantou o setor de Física Médica, onde físicos especialistas em radiodiagnóstico se dedicam ao perfeito funcionamento e calibração dos equipamentos, garantindo a menor exposição possível de cada paciente a irradiação. Mesmo assim, em um número extremamente pequeno de casos a radiação ionizante pode induzir alterações e não é recomendada em pacientes grávidas.

1. A Sra. está ou pode estar grávida?

SIM NÃO

2. Em que data iniciou o seu último ciclo menstrual (dia e mês)? _____

Para a realização do seu exame, pode ser necessária a administração de meios de contraste por via oral e/ou venosa para a melhor definição das imagens e, conseqüentemente, melhor informação diagnóstica. Os meios de contraste para uso venoso são substâncias que contêm iodo ou bário em sua composição. A avaliação da necessidade e tipo de contraste a ser utilizado é feita individualmente, baseada na indicação clínica e estruturas a serem estudadas. 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 bronco espasmo, entre outras) ou graves (insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de vida). As reações adversas graves são extremamente incomuns com incidências que variam de 1 para 100.000 a 1 para 400.000 exames contrastados realizados. Como as reações adversas são mais freqüentes em determinados grupos de pacientes, solicitamos que o Sra. responda o questionário abaixo para que possamos avaliar seu grau de risco.

		SIM	NÃO
1.	Já fez algum exame com contraste iodado (tomografia, urografia excretora, cateterismo cardíaco ou arteriografia)?		
2.	Houve alguma reação?		
3.	Qual? _____		
4.	É portadora de asma ou bronquite?		
5.	É portadora de rinite?		
6.	Tem alergia a algum alimento ou medicamento?		
7.	Quais? _____		
8.	É portadora de insuficiência renal ou outra doença dos rins?		
9.	Faz diálise?		
10.	Faz uso de algum medicamento diariamente?		
11.	Quais? _____		
12.	É portadora de Diabetes?		
13.	Faz uso de algum medicamento que contenha metformina?		
14.	Está fazendo quimioterapia?		
15.	É portadora de algum problema cardíaco (insuficiência cardíaca, infarto, angina)?		
16.	Já fez alguma cirurgia?		
17.	Quais? _____		

Desde já nos encontramos a sua disposição para qualquer outro esclarecimento através do profissional que irá atendê-lo. Agradecemos sua confiança em nosso serviço e desejamos um bom exame.

Declaro que fui informado e autorizo a realização do exame de Tomografia Computadorizada com administração de meio de contraste, se necessário.

Também entendi que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Hora: _____

Médico, CRM No.

REVOGAÇÃO: RJ, ____ / ____ / ____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)