

# Termo de esclarecimentos, ciência e consentimento para exames de imagem ("consentimento informado")



Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_,  
(nome legível, completo e por extenso do paciente) \_\_\_\_\_ (identidade nº)

ou meu responsável, \_\_\_\_\_,  
(nome legível, completo e por extenso do responsável) \_\_\_\_\_ (identidade nº)

Declaro que:

1º) Recebi do(s) médico(s) assistente(s) todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento(s), bem como fui informado(a) sobre os riscos e os benefícios do(s) tratamento(s) proposto(s), bem como dos riscos de não ser tomada nenhuma da(s) atitude(s) terapêutica(s) proposta(s);

2º) estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e procedimento(s) de investigação diagnóstica \_\_\_\_\_ poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não registradas pelo(s) exame(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuitas decorrentes do procedimento diagnóstico ora proposto;

3º) estou ciente que, em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais, como problemas cardíco-vasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas, especificamente, a este procedimento são as seguintes: \_\_\_\_\_

4º) por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no termo de esclarecimentos em anexo, excetuando-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergências, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com cada situação;

5º) declaro também que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações que me foram fornecidas, antes da assinatura deste documento;

6º) consinto, portanto, ao(a) médico(a) radiologista a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realizam o(s) presente(s) exame(s).

Colatina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_  
(assinatura do paciente)

---

(Nome e assinatura do(a) responsável) pelo(a) paciente)

No caso de pacientes menores, ou que tenham responsáveis legais, ou  
não possam assinar este documento

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) \_\_\_\_\_  
(assinatura)

\_\_\_\_\_ (nº do documento de identidade)

\_\_\_\_\_ (nome completo e legível)

\_\_\_\_\_ (endereço)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Assinatura do médico – CRM ES