

Termo de Consentimento Radiologia



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO RADIOLOGIA

Este questionário tem por objetivo identificar os pacientes alérgicos ou potencialmente alérgicos que, ao realizarem estudos radiográficos, necessitem utilizar contraste iodado e, eventualmente, venham a precisar de reparo e de atendimentos adequados.

Nome: _____ Idade: _____

Exame: _____

	Sim	Não	Não Sei
1. Você tem algum tipo de alergia? Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Você já utilizou contraste iodado endovenosamente ou por via oral em exames, como, por exemplo: Tomografia Computadorizada, Arteriografia, Urografia, Excretora, Colecistograma Oral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Você já apresentou reação alérgica ao utilizar contraste iodado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Você já apresentou alergia a medicamentos iodados por via oral ou cutânea (iodeto de potássio, iodo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Você tem alergia a alimentos como camarão, peixe ou outros frutos do mar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Você tem alergia à sulfa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Você tem alergia à penicilina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Você tem alergia de pele (urticária)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Você apresenta rinite alérgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Você apresenta asma brônquica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Para outras informações que julgar necessário, utilize o espaço abaixo.

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Médico, CRM

IMPORTANTE:

Sempre que um paciente necessitar fazer injeção de contraste iodado:

1^ª) Deve permanecer 30 minutos, após o exame, nas dependências deste Serviço de diagnósticos, em observação.

2^ª) Deve ler e assinar o Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento.

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA FINS DE INJEÇÃO DE CONTRASTE IODADO

1º) Na realização do exame solicitado pelo seu médico assistente, poderá ser necessária a utilização de uma substância denominada material de contraste, que é uma injeção, via endovenosa, de uma medicação líquida incolor. Este contraste facilitará a demonstração da anatomia e, caso existam, evidenciará anormalidades importantes para o diagnóstico. Normalmente, a injeção do contraste é um procedimento sem complicações. Durante a aplicação da injeção ou após a mesma, poderá ser, entretanto, sentido um gosto algo metálico, náuseas e eventualmente uma sensação de calor, provavelmente, em primeiro lugar, na face e cabeça e, depois, em outras partes do corpo. Estas sensações duram um curto espaço de tempo e são normalmente bem toleradas, quando ocorrem.

2º) Ocasionalmente (1 caso a cada 1.000 aplicações), reações alérgicas leves ou moderadas podem ocorrer, tais como: coceira, espirros ou edema nos olhos, ou mesmo sibilância (um chiado proveniente dos brônquios). Estes sintomas podem requerer algum tratamento com medicação, a qual sempre temos prontamente disponível nas dependências do Serviço.

3º) Na eventualidade de reações mais sérias serem verificadas, nossa equipe técnica está treinada para reconhecê-las e tratá-las adequadamente. Embora tomemos todas as precauções acatatórias necessárias, cumpre-nos informar a incidência dos riscos de tais procedimentos, segundo as estatísticas médicas, as quais indicam que uma fatalidade pode ocorrer em um exame a cada 50.000 aplicações efetuadas, sendo que a mais grave delas (a morte) poderá ocorrer numa proporção de 1 (uma) a cada 150.000 aplicações.

CONSENTIMENTOS:

1º) Por este instrumento, declaro que estou ciente dos riscos destas eventuais complicações e da importância das informações geradas pelo contraste, as quais poderão ser decisivas na obtenção de um diagnóstico preciso.

2º) Declaro ter lido e compreendido o que foi acima descrito e dou meu pleno consentimento, por livre iniciativa, para a aplicação do contraste iodado em meu exame. Igualmente, entendo que não há garantias absolutas de que intercorrências não possam ocorrer.

3º) Esta autorização de exame especializado é dada à equipe do Centro De Diagnostico Por Imagem - Unimagem, bem como ao(s) outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

4º) Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter discutido e analisado com a equipe médica os principais riscos e complicações de exame específicos à minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura.

5º) Declaro expressamente ter plena ciência, desde que minha identidade seja preservada, que as imagens geradas através do procedimento, quando transmitidas em meio de Internet, poderão ser visualizadas, capturadas ou mesmo alteradas, por terceiros usuários e, se ocorrer, nenhuma responsabilidade caberá ao Hospital Unimed Chapecó, pela divulgação, veiculação, utilização ou publicação de tais imagens, transmitidas por acesso indevido e/ou ilegal.

6º) Consinto, portanto, que a equipe médica do Centro De Diagnostico Por Imagem – Unimagem, realize o(s) procedimento(s) e permito que se utilizem os meios para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o presente exame.

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Médico, CRM

Termo de Consentimento Radiologia



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO RADIOLOGIA

Pesquisa de Pacientes de Risco

Prezado(a) Doutor(a);

Solicitamos a gentileza de sua atenção para as seguintes questões, com o objetivo de melhoria da qualidade assistencial. Pacientes com alto risco de efeito adverso ao contraste iodado são, basicamente, os seguintes:

1. Portadores de quadros alérgicos, em especial, aqueles que já apresentaram quadros alérgicos a exames com contraste.
2. Portadores de asma.
3. Portadores de patologia cardíaca incapacitante ou considerada severa (grave).
4. Portadores de mieloma múltiplo, policitemia e feocromocitoma.
5. Portadores de severa doença renal, particularmente causada por diabetes.

Diante desta relação, o(a) colega considera o seu paciente uma pessoa portadora de alguma patologia capaz de influenciar no resultado do exame radiológico solicitado ou de ficar exposta a riscos maiores do que os habituais, em virtude de contraste?

Colatina, ES, ____ de ____ de ____

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

- Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
 Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Colatina-ES, ____ de ____ de ____

Hora: _____

Médico, CRM

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: ES, ____/____/____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)