

Termo de Consentimento Exame de Ressonância Magnética



São Bernardo
APART HOSPITAL

Eu _____, nº de identidade _____, () Paciente / () Responsável (Grau de Parentesco: _____), autorizo a realização do exame de Ressonância Magnética que foi solicitado por meu médico e declaro que:

1º) estou ciente de que o exame de Ressonância Magnética é um procedimento diagnóstico no qual o(a) paciente é colocado(a) em um forte campo magnético, onde ondas de rádio-frequência são enviadas aos tecidos no interior do corpo. Os "ecos" retornantes são então transformados em imagens das estruturas internas do corpo através de um computador;

2º) estou ciente de que, eventualmente, poderá ser administrado um meio de contraste para-magnético (gadolínio). Em poucos pacientes pode ocorrer uma reação adversa ao contraste incluindo náusea, cefaléia, urticária, coceira e vômitos. Muito raramente, complicações mais sérias ou reação anafilática pode ocorrer (01 caso em 100.000 – 500.000 procedimentos). Os médicos e demais funcionários do setor estão treinados para reconhecer as eventuais reações e tratá-las de imediato;

3 li e entendi as informações acima mencionadas, tendo recebido as explicações necessárias;

4º) autorizo a equipe do setor de radiologia (Ressonância Magnética) a realizar o procedimento na forma como foi exposto no presente termo.

Observações:

- Se você está grávida, ou imagina que pode estar grávida, o seu médico deve ter ciência disso antes da realização do exame de Ressonância Magnética. A Ressonância Magnética não poderá ser realizada em pacientes com marca-passo cardíaco ou defibriladores, alguns tipos de clips de aneurisma intra-craniano, corpo estranho metálico intra-ocular, e alguns outros tipos de implantes ou próteses metálicas;
- O preenchimento do questionário anexo é importante para a realização do exame e laudo médico, bem como para avaliação de risco.

Colatina, ____ de _____ de 20____. _____

(assinatura do paciente/ responsável legal)

Testemunhas:

1) Assinatura: _____ 2) Assinatura: _____

Nome: _____ Nome: _____

CPF nº: _____ CPF nº: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

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

Colatina, ____ de _____ de 20____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura: _____ CRM/____:_____.

1º) O exame de Ressonância Magnética utiliza um alto campo magnético associado a ondas de radiofrequência para a aquisição das imagens. Requer cuidados especiais para a sua realização e para segurança dos pacientes. Em decorrência desse elevado campo magnético, objetos metálicos (chaves, moedas, correntes, grampos de cabelo, brincos, anéis, piercings, botões metálicos nas roupas, muletas, etc.) devem ser previamente retirados, pois podem ser atraídos pelo equipamento. Portanto, a entrada na sala com estes objetos é proibida.

Assim, relacionamos abaixo alguns itens que devem ser preenchidos de maneira adequada antes da realização do seu exame. Por favor, assinale aqueles que lhe dizem respeito:

1) Marca passo cardíaco

SIM NÃO NÃO SEI

2) Neuroestimuladores

SIM NÃO NÃO SEI

3) Cirurgia Craniana ou clipe em vaso sanguíneo

SIM NÃO NÃO SEI

4) Válvula Cardíaca (prótese metálica), Cirurgia Cardíaca

SIM NÃO NÃO SEI

5) Eletrodos

SIM NÃO NÃO SEI

6) Cirurgia de ouvido / implantes no ouvido

SIM NÃO NÃO SEI

7) Bomba de insulina

SIM NÃO NÃO SEI

8) Cirurgia dos olhos

SIM NÃO NÃO SEI

9) Fragmentos metálicos na cabeça, nos olhos ou na pele

SIM NÃO NÃO SEI

10) Placas metálicas, pinos, parafusos, fios, clipes

SIM NÃO NÃO SEI

11) Já trabalhou ou trabalha com metal?

SIM NÃO NÃO SEI

12) Deficiência física. Qual?

SIM NÃO NÃO SEI

13) Claustrofobia (não consegue ficar em lugares fechados)

SIM NÃO NÃO SEI

14) Gravidez, ou possibilidade de estar grávida

SIM NÃO NÃO SEI

15) Insuficiência renal ou hepática

SIM NÃO NÃO SEI

Entrevista para Realização do Exame



16) Diabético

SIM NÃO NÃO SEI

17) Hipertenso

SIM NÃO NÃO SEI

18) Alergico à: _____

Comentários: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) paciente ou do(a) responsável

Identidade: nº e órgão emissor

Nome legível do(a) responsável

IMPORTANTE:

2º) A duração do exame de Ressonância Magnética pode variar de 10 minutos a 1 hora.

3º) Durante este período você deve permanecer deitado de costas, imóvel. Se você considera que esta posição possa causar –lhe problemas, comunique a quem estiver lhe atendendo.