

# Termo de Recusa de uso do Contraste Iodado Iônico e não Iônico



**São Bernardo**  
APART HOSPITAL

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 em realizar o (s) exame (s) proposto(s), bem como dos riscos de não da não realização do exame proposto;

2º) Estou ciente de que a recusa em permitir o uso do contraste iodado compromete diretamente a realização exame diagnóstico \_\_\_\_\_;

3º) 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;

4º) Logo recuso-me usar a substancia OPTIRAY/ CONRAY.

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