

Etiqueta do Paciente



**TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
PACIENTE DO SEXO FEMININO**

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: Sempre preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

O 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 utilizá-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.

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

		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 portador de asma ou bronquite?		
5.	É portador de rinite?		
6.	Tem alergia a algum alimento ou medicamento?		
7.	Quais?		
8.	É portador de insuficiência renal ou outra doença dos rins?		
9.	Faz diálise?		
10.	Faz uso de algum medicamento diariamente?		
11.	Quais?		
12.	É portador de diabetes?		
13.	Faz uso de algum medicamento que contenha melformina?		

14.	Está fazendo quimioterapia?		
15.	É portador 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 devidamente 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: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

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.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

Médico, CRM nº _____

Médico, CRM nº _____

REVOGAÇÃO: RJ, ____ / ____ / ____

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)
