

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
PACIENTE DO SEXO MASCULINO**

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

OBS: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

RESPONSÁVEL / REPRESENTANTE LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

O Sr. 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.

Para zelar pela sua segurança e pela excelência dos exames por nós realizados, o Hospital Barra D'Or implantou o setor de Física Médica, onde físicos especialistas em radiodiagnóstico se dedicam ao perfeito funcionamento e calibração dos equipamentos, garantindo a menor exposição possível de cada paciente a irradiação.

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 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 broncoespasmo, 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 Sr. responda o questionário abaixo para que possamos avaliar seu grau de risco.

SIM NÃO

1. Já fez algum exame com contraste iodado (tomografia, urografia excretora, cateterismo cardíaco ou arteriografia)?... SIM NÃO
2. Houve alguma reação?..... SIM NÃO
3. Qual? _____
4. É portador de asma ou bronquite?..... SIM NÃO
5. É portador de rinite?..... SIM NÃO
6. Tem alergia a algum alimento ou medicamento? SIM NÃO
7. Quais? _____
8. É portador de insuficiência renal ou outra doença dos rins? SIM NÃO
9. Faz diálise?..... SIM NÃO
10. Faz uso de algum medicamento diariamente? SIM NÃO
11. Quais? _____
12. É portador de Diabetes? SIM NÃO
13. Faz uso de algum medicamento que contenha metformina? SIM NÃO
14. Está fazendo quimioterapia? SIM NÃO
15. É portador de algum problema cardíaco (insuficiência cardíaca, infarto, angina)? SIM NÃO
16. Já fez alguma cirurgia? SIM NÃO
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 informado e autorizo a realização do exame de Tomografia Computadorizada com administração de meio de contraste, se necessário.

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

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)