

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO

Paciente:
Data de Nasc:
sexo:
CPF:
Setor:

SSP:
Dt Entrada:
Convenio / Categ:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INJEÇÃO DE CONTRASTE ENDOVENOSO

CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM - CDI

- 1-** Na realização do exame solicitado pelo médico assistente, poderá ser necessária a utilização de contraste. Trata-se de uma injeção, via endovenosa, de uma medicação líquida incolor. Ele facilita a demonstração da anatomia e evidencia anormalidades importantes para o diagnóstico, quando estas existirem. Na maioria dos casos, a utilização do contraste é um procedimento seguro, porém, toda substância, produto ou medicamento apresenta um risco potencial de causar efeitos adversos, colaterais ou alérgicos previsíveis ou mesmo imprevisíveis. O paciente poderá sentir um gosto metálico na boca, náuseas e eventualmente sensação de calor na face e corpo, normalmente bem toleradas.
- 2-** É possível a ocorrência de reações alérgicas leves, moderadas ou eventualmente grave, tais como: coceira, vermelhidão na pele, espirros ou edema nos olhos, sibilância (chiado nos brônquios), **até Necrose Epidermica, Síndrome de Stevens-Johnson e mesmo Choque Anafilático e Óbito.** Estes sintomas podem requerer o uso de algumas medicações visando a atenuação, reversão ou controle desses efeitos adversos, sendo que algumas dessas medicações estão disponíveis nas dependências do setor para um atendimento mais imediato.
- 3-** Os casos mais graves serão encaminhados para atendimento adequado nos serviços médicos que forem necessários, contando o setor com o apoio de uma equipe de resposta rápida.
- 4-** Em exames de diagnóstico (RM, TC e RX Contrastado), devido ao volume de contraste injetado, existe a possibilidade de haver reações inflamatórias ao longo das veias utilizadas, bem como extravasamento de contraste, podendo levar a lesões de pele no local da injeção como tromboflebitides, coceira e vermelhidão.
- 5-** Por este instrumento, declaro que estou ciente dos riscos destas eventuais complicações e da importância das informações que são permitidas na realização do exame pelo uso do contraste, as quais poderão ser decisivas na obtenção do diagnóstico e na indicação terapêutica posterior.
- 6-** Declaro ter lido e compreendido o que foi acima descrito.

7- Esta autorização é dada a equipe do CDI , bem como os outros profissionais por eles selecionados a intervir nos procedimentos e de acordo com o julgamento profissional , quanto a necessidade de co-participação.

8- Consinto, portanto, que a equipe do CDI realize os procedimentos necessários e permito que se utilizem os meios para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade e disponíveis no local onde se realiza o presente exame.

9- Fui devidamente informado e esclarecido, tendo compreendido que no atual estágio da medicina não há garantia alguma de que não possa haver algum tipo de intercorrência, complicações ou risco na realização do meu exame com o uso do contraste .

10- Fui informado e esclarecido que em alguns casos , as possíveis complicações ou riscos que ocorrem podem acarretar lesões e danos permanentes, além da necessidade de internação do paciente.

11- Declaro e o faço sem qualquer tipo de coação, indução, simulação, fraude, intimidação, manipulação, vício, erro ou constrangimento que autorizo a realização do uso de contraste para o exame indicado, mesmo sabendo das eventuais consequências negativas que podem advir da realização desse procedimento , bem como estou ciente que tenho o direito de não aceitar realizar este procedimento médico, assumindo em quaisquer dos casos de realizar ou não realizar o procedimento os riscos e implicações inerentes da minha decisão.

12- Caso decida por não realizar o procedimento proposto poderá ocorrer uma redução da eficácia do exame, prejudicando ou impedindo o diagnóstico de algumas doenças.

13- Declaro ainda, que a equipe médica colocou-se inteiramente a disposição para qualquer outra informação que eu ou meus familiares posso vir requerer, cabendo-nos procurá-los no hospital para outros possíveis esclarecimentos,

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Testemunhas:

Nome:

RG:

Nome:

RG:

