

Formulário de Questionário e Consentimento

Nome: João da Silva
CPF: 123.456.789-00
Data de Nascimento: 1985-10-15
Idade: 40

Pergunta (Qual é o seu nome?): João da Silva

Pergunta (Informe seu CPF:): 123.456.789-00

Pergunta (Data de Nascimento:): 1985-10-15

Pergunta (Qual o motivo que seu médico solicitou o exame de tomografia?): Exame solicitado para investigação de dores.

Pergunta (Você já fez alguma cirurgia?): Sim

Pergunta (Você já realizou radioterapia, quimioterapia ou procedimento similar?): Não

Pergunta (Faz uso de algum medicamento de uso contínuo?): Sim

Pergunta (Você tem suspeita de gravidez?): Não

Pergunta (Você possui alguma das seguintes condições: diabetes, hipertensão, doenças renais, asma ou bronquite?): Diabetes, Hipertensão

Pergunta (Você é fumante?): Não

Termo e Assinatura

Termo de Consentimento para o Uso de Contraste em Exames de Tomografia:

Gravidez: Raios-x podem ser prejudiciais, principalmente no início da gestação.

Utilização do contraste endovenoso: O contraste contém iodo, realça estruturas vasculares e, raramente, pode causar reações alérgicas.

Confirmo que estou ciente e concordo com o procedimento, que será acompanhado por equipe médica especializada.

