

*Preparo P/ Angiotomografia. Também
• preservar anti-alérgico • jejum • jelco 18 (braco D)*

Ficha de Marcação de Tomografia Computadorizada – Hospital Regional do Gama

Paciente: _____ DN: _____

SES: _____ RG: _____ Tel: _____

Tomografia de : _____ () SEM () COM contraste iodado

Marcado Para: _____ Hora: _____

() Paciente **Internado** - pedido deve estar inserido no sistema TRACKCARE () Paciente **Ambulatorial**

(X) **PREPARO, se exame com contraste:**

- Exame agendando para turno da **MANHÃ**

- JEJUM a partir das 23:00 do dia anterior ao exame

- **PREDNISONA 60 mg** via oral às 19:00 (dia anterior) e 7:00 (no dia do exame)

+ **POLARAMINE 2mg** via oral às 7:00 (no dia do exame)

- Exame agendando para turno da **TARDE:**

- JEJUM a partir das 8:00 do dia do exame

- **PREDNISONA 60 mg** via oral às 23:00 (no dia anterior ao exame) e 13:00 (no dia do exame)

+ **POLARAMINE 2mg** via oral às 13:00 (no dia do exame)

(X) Vir com acesso venoso com **Jelco 16 ou 18**.

(X) **Creatinina atual** _____

(X) **Hidratação** abundante no dia anterior e no dia do exame

Paciente diabético em uso de METFORMINA (glifage, glucaformin): INTERROMPER O USO deste medicamento 2 dias depois do exame.

OUTRAS doenças: NÃO PARAR a MEDICAÇÃO de USO CONTÍNUO.

Termo de Consentimento Informado para Exame de Tomografia Computadorizada

Eu, acima descrito, na condição de paciente do Hospital Regional do Gama, autorizo a realização de tomografia computadorizada, bem como utilização de contraste iodado endovenoso e/ou oral, caso a equipe médica julgue necessária. Estou ciente que a tomografia utiliza radiação ionizante, e que a exposição a Raio X pode acarretar riscos. Sei também que essa radiação é necessária para aquisição das imagens tomográficas e que o uso de doses controladas minimiza os riscos. Sei também que os meios de contraste iodados são substâncias químicas que melhoram informação diagnóstica. O uso de meio de contraste é considerado um procedimento seguro e suas reações adversas são incomuns, sendo mais frequentes em determinados grupos de pacientes. E para avaliar meu grau de risco a possíveis reações, informo que:

	Sim	Não	Não sei
1- Já fez algum exame com contraste iodado? (tomografia, urografia excretora, colecistograma oral, cateterismo cardíaco)			
2 - Você Já apresentou reação alérgica ao utilizar contraste iodado?			
3 - Tem algum tipo de alergia ou asma?			
4 -É portador de insuficiência renal ou outra doença dos rins?			
5 - Faz diálise?			
6 - É portador de doença da Tireóide?			
7 - Faz uso de Aminoglicosídeo, Anfotericina B, Cisplatina ou Ciclosporina			
8 - Faz uso de outro medicamento diário? Qual?			
9 - Faz tratamento com algum medicamento para Diabéticos? Qual?			
10 - Está fazendo quimioterapia?			
11 - Você está grávida? (válido para paciente do sexo feminino)			
12- É portador de algum problema cardíaco?			
13 - Já fez cirurgia? Qual?			

Declaro que fui devidamente informado e autorizo a realização do exame de Tomografia Computadorizada com administração de meio de contraste iodado, se necessário. Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a minha vida (ou o paciente em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado. Certifico que este termo me foi explicado e que eu o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Brasília, _____

(Assinatura do paciente ou Responsável Legal)

- Esquema medicamentoso sugerido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia para prevenção às reações adversas graves após uso de meios de contraste iodado. ("Assistência à Vida em Radiologia – Guia Teórico - Prático". CBR, 2000)