

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAMES CONTRASTADOS

Eu acima identificado, na condição de paciente acima identificado do Hospital OTOclínica ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o profissional médico Dr(a). _____ CRM/CE nº _____ e todos os demais profissionais vinculados a assistência, pertencentes ao corpo clínico do Hospital OTOclínica LTDA., a realizar o exame contrastado: _____

Estou ciente que existe certo risco, como em qualquer procedimento médico. Durante a injeção, o paciente pode experimentar uma sensação de calor, náusea ou vômito. Alguns poucos pacientes têm reações do tipo alérgica que podem incluir: coceira e/ou urticária, inchaço dos olhos ou lábios, espirros, ou, raramente, dificuldade para respirar, nesses casos, se necessário, poderá ser administrada medicação para o tratamento dessas reações. Excepcionalmente, podem ocorrer complicações mais sérias como choque, insuficiência renal e problemas cardiorrespiratórios, ocasiões em que serão tomadas condutas imediatas, como atendimento médico e administração dos medicamentos necessários.

Complicações fatais são extremamente raras (01 caso em 250.000-400.000) procedimentos.

Estou ciente de que no(a) paciente que tem diabetes, mieloma múltiplo, alergia severa, ou teve reação prévia no uso de contraste iodado, o risco pode ser um pouco maior.

Informo que recebi todas as explicações necessárias quanto à importância, riscos e benefícios do exame solicitado, o meio de contraste iodado utilizado durante o exame será injetado em uma veia do corpo, ou intra-tecal no caso de mielografia. A maioria dos pacientes não apresenta efeitos colaterais ou complicações a essa injeção de contraste.

Informo ainda que li e compreendi todas as informações deste documento e, antes de sua assinatura, tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s). Firmo o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos.

Observação: Favor preencher o questionário anexo, que contém informações importantes para a realização do exame bem como avaliação de risco.

	Sim	Não	Não sei
1. Já fez algum exame com contraste iodado endovenosamente ou por via oral (tomografia, urografia excretora, colecistograma oral, cateterismo cardíaco)?			
2. Você já apresentou reação alérgica ao utilizar contraste iodado?			
3. Você já apresentou alergia a medicamentos iodados por via oral?			
4. Você apresenta asma brônquica?			
5. Tem algum tipo de alergia?			
6. Você tem alergia a alimentos como camarão, peixe ou outros frutos do mar?			
7. Você tem alergia à sulfá?			
8. Você tem alergia a penicilina?			
9. Você tem alergia de pele (urticária)?			
10. É portador de diabetes?			
11. É portador de algum problema cardíaco (insuficiência cardíaca, infarto, angina)?			

Confirmando que recebi explicações, que li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (o) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

() Paciente () Responsável (Grau de parentesco):

Nome legível: _____

Assinatura: _____ Identidade N°: _____

Fortaleza ____/____/____ Hora ____:____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou ser responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome legível: _____

Assinatura: _____ CRM: _____

Fortaleza ____/____/____ Hora ____:____