

O (A) paciente _____ Data de nascimento: ____/____/____,

ou seu responsável _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à)médico(a) assistente,

o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/SC sob o n.º _____, credenciado pelo Hospital Dona Helena, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE IODADO**. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9, VI Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o procedimento acima apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: A Tomografia Computadorizada (TC) é um método de exame por imagem que envolve o uso de radiação ionizante (raios x) e computadores para produzir imagens da parte do corpo que se quer estudar. Como parte de seu exame, pode ser necessária a injeção de contraste iodado em uma veia. É um líquido transparente, sem cor, que será eliminado de seu corpo pelos rins e não vai alterar o aspecto da urina. O contraste serve para realçar tecidos de interesse e fornece importantes informações diagnósticas. Os contrastes utilizados em nossa instituição são aprovados pelos órgãos governamentais responsáveis e são considerados seguros, sendo utilizados amplamente em todo o mundo. Logo após a injeção, o Senhor(a) poderá sentir um gosto metálico, uma sensação de aquecimento e, às vezes, discreta náusea. Essas sensações passam rapidamente. Ocasionalmente, reações alérgicas menores como coceira, espirros, inchaço nos olhos ou respiração difícil pode ocorrer, sendo, às vezes, necessário o tratamento com medicações. Caso venha a sentir algum desses sintomas descritos, é importante informar ao pessoal técnico imediatamente. Mesmo sendo extremamente raras, estatísticas médicas indicam que casos fatais podem ocorrer após a injeção de contraste. O hospital dispõe de condições para que eventuais reações possam ser prontamente tratadas.

A **Angiotomografia de Artérias Coronárias** geralmente está indicada para diagnóstico precoce ou avaliação da doença arterial coronariana com o intuito de prevenir o infarto agudo do miocárdio, assim como avaliações de doenças valvares e congênitas. Neste exame normalmente se faz necessária a utilização de medicação por via oral e endovenosa para redução e regularização da frequência cardíaca, assim como para promover a dilatação das artérias coronárias, no intuito de melhorar a qualidade diagnóstica das imagens, sendo essas medicações consideradas muito seguras, porém tendo como possíveis efeitos colaterais mais comuns cefaleia, bradicardia (redução da frequência cardíaca) e hipotensão (redução da pressão arterial), que quando ocorrem costumam ter resolução espontânea após algumas horas, sendo que dispomos de todas as condições para que estas e outras eventuais reações possam ser prontamente tratadas.

É importante que o questionário abaixo seja respondido com o máximo de precisão, pois é necessário para a sua segurança. Caso o paciente seja menor, solicitamos ao responsável que preencha.

Peso: _____ kg Altura: _____ m.

Perguntas	Sim	Não
Autoriza o uso de contraste?		
Já fez algum exame radiológico com contraste iodado intravenoso? Qual?		
O Sr(a) já teve alguma reação ao contraste? Que sintomas apresentou?		
Tem antecedentes de alergia? Quais? Que sintomas apresentou?		
Já realizou cirurgias? Quais?		
Tem algum problema respiratório? Como asma, bronquite e rinite?		
Toma remédio para diabetes? (glicoformin ou glifage – metformina)		
Toma anticoagulantes? (Marevan ou Marcoumar)		
Já teve desmaios ou epilepsia?		
Fez ou faz tratamento de alguma doença? Qual?		
Você está tomando alguma medicação atualmente? Se sim, quais?		
Faz tratamento de insuficiência renal?		
Tem hipertireoidismo?		

Tem suspeita de gravidez ou está grávida?		
---	--	--

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE IODADO** tenha o resultado pretendido.

Declaro, que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do (a) meu médico (a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório, inclusive a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a) ou profissional indicado pelo hospital, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo profissional responsável pela entrevista

Nome do profissional _____ Assinatura _____

Conselho _____

Joinville (SC), ____ de ____ de _____. Hora: ____: ____

Deve ser preenchido pelo médico responsável pelo exame

Foi explicado todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre 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 do médico _____ Assinatura _____ CRM _____ Hora: ____: ____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do (a) paciente _____

Assinatura do (a) resp. pelo (a) paciente _____

RG Nº _____

RG Nº _____

NOME _____

NOME _____

Joinville (SC), ____ de ____ de _____. Hora: ____: ____

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art. 9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.