

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: _____

IH: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos ____ meses Leito: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

O exame de tomografia computadorizada é seguro, indolor. Permite visualizar as estruturas anatômicas na forma de cortes. Durante a aquisição das imagens há uma exposição rápida a doses controladas de radiação ionizante.

QUESTIONÁRIO

Esse questionário é obrigatório e deve ser preenchido por completo. São informações que auxiliarão a equipe médica na condução e análise de seu exame e na sua segurança. Tais informações permanecerão em sigilo médico.

FUNÇÃO RENAL:

Alguém já te disse que existe algum problema no funcionamento do seu rim? ☐ Sim ☐ Não

Alguém já te disse que você tem proteína na urina? ☐ Sim ☐ Não

Você tem pressão alta/toma remédio para pressão? ☐ Sim ☐ Não

Você tem diabetes/ toma remédio para diabetes? ☐ Sim ☐ Não

Você já fez transplante renal ou retirou um dos rins? ☐ Sim ☐ Não

Dosagem mais recente de creatinina sérica (no sangue) ☐ Sim ☐ Não

Valor: _____ Data: _____

Tem mieloma (câncer das células plasmáticas)? ☐ Sim ☐ Não

Você tem feocromocitoma (tumor nas glândulas adrenais)? ☐ Sim ☐ Não

Você tem miastenia gravis? ☐ Sim ☐ Não

UTILIZAÇÃO DE CONTRASTE:

Há quanto tempo está em jejum? _____

História de alguma reação ao contraste de tomografia? ☐ Sim ☐ Não

História de alguma outra alergia com necessidade de tratamento? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual? _____

Tem asma? ☐ Sim ☐ Não

A injeção de contraste iodado permite melhor visualização dos órgãos internos e é considerado bastante seguro. Eventualmente o paciente pode apresentar reação alérgica, sendo leve na maioria das vezes (1 caso em 1.000) e excepcionalmente, pode ser mais séria (1 caso em 400.000), com risco de vida. A equipe assistencial está apta a

prestar todo o cuidado necessário. Se necessitar de maiores esclarecimentos, por gentileza, consulte a enfermagem ou médico radiologista.

Caso haja a necessidade do contraste você permite sua utilização? ☐ Sim ☐ Não

Optar pela não utilização do contraste pode impactar na qualidade das imagens de seu exame, comprometendo a análise das imagens e diagnóstico.

Se for mulher: Existe a possibilidade de estar grávida? ☐ Sim ☐ Não

Está amamentando ou deu a luz recentemente? ☐ Sim ☐ Não Utiliza anticoncepcional Oral ou DIU? ☐ Sim ☐ Não

Número de gestações e abortos: _____ Data da última menstruação: ____/____/____

Se for Homem: Já realizou biópsia de próstata? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quando? _____ Valor de PSA: _____ Data: _____

Nome e telefone do médico solicitante: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- Recebi informação sobre o exame, seus riscos e efeitos colaterais, bem como informações sobre o contraste que pode ser utilizado para a sua realização.
- Recebi informação também com relação aos cuidados que devo adotar antes e após a realização do exame.
- Autorizo a realização de procedimento de emergência se diante de situações imprevistas que venham a ocorrer.
- Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas sobre o exame.
- Estou ciente de que os resultados dos meus exames de tomografia computadorizada, desde que devidamente anonimizados, poderão ser utilizados pelo serviço para eventuais análises estatísticas e atividades educacionais e científicas, respeitando-se a legislação e os termos do Código de Ética Médica.
- Estou ciente que o serviço de radiologia do hospital possui ferramenta que disponibiliza o laudo deste exame em formato de vídeo. Autorizo a gravação e disponibilização do laudo deste exame em vídeo e o envio diretamente para o médico solicitante.

Confirmo que li as informações acima e concordo com a realização do procedimento.

Nome completo do paciente: _____

Representante legal (se aplicável): _____

Data: ____/____/____ Assinatura do Paciente/Responsável: _____

Biomédico

Enfermagem