

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA**

Nome do Paciente: _____
Nome Social do Paciente (se aplicável): _____
CPF nº: _____ RG nº: _____
Contatos: Tels.: _____ E-mail: _____
Representante Legal (se aplicável): _____
Médico Solicitante: _____
Telefone do Médico Solicitante: _____

Peso: _____ Altura: _____

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 de sua segurança. Tais informações permanecerão em sigilo médico.

SEGURANÇA:

Você tem algum dos seguintes itens em seu corpo?

Marca-passo cardíaco ou fios de marca-passo () Sim () Não

Clipes para aneurisma cerebral () Sim () Não

Neuroestimuladores implantados na coluna espinhal () Sim () Não

Implante coclear, cirurgia de ouvido () Sim () Não

Dentaduras ou próteses removíveis () Sim () Não

Implantes dentários ou magnéticos (próteses) () Sim () Não

Tatuagem / maquiagem definitiva () Sim () Não

Cílios postigos magnéticos () Sim () Não

Algum fragmento metálico (projétil/arma de fogo) Qual? _____

Qualquer outro objeto ou artefato metálico () Sim () Não

Piercing, ponto de acupuntura ou sutura metálica () Sim () Não Local: _____

Para realização do exame, será necessário retirar o piercing.

UTILIZAÇÃO DE CONTRASTE:

Há quanto tempo está em jejum? _____

História de alguma reação ao contraste da tomografia? () Sim () Não

História de alguma outra alergia com necessidade de tratamento? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

Tem asma? () Sim () Não

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: _____

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

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: _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por todo o exposto, eu, _____, representado por meu Responsável Legal, consinto com a realização do exame e declaro que:

- Recebi informação sobre o exame, seus riscos e efeitos colaterais, bem como informações sobre o contraste que pode ser utilizado para a sua realização.
- Fui informado sobre os 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.
- Me foi dada a oportunidade de indicar e sanar 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 de que este laboratório possui ferramenta que disponibiliza o laudo deste exame em formato de vídeo, permitindo uma melhor visualização das imagens pelo médico e aprimorando o diagnóstico, ferramenta oferecida aos clientes sem custos adicionais. Declaro que autorizo a gravação e disponibilização do laudo deste exame em formato de vídeo e autorizo o envio do laudo diretamente para o médico que solicitou este exame.

Data: ____/____/____

Assinatura do Paciente/Responsável: _____

Biomédico

Enfermagem