

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS MÉDICOS

Tomografia Computorizada _____ **Ressonância Magnética** _____

Informação

A realização deste exame é necessária ao esclarecimento da sua doença, e pode necessitar de injeção intravenosa de uma substância que desperta por vezes algumas reações. Estas reações são quase sempre muito ligeiras (sensação de calor, mau sabor, etc..). Ainda que seja muito raro, podem acontecer reações mais graves que ponham em causa a vida. Podemos assegurar que dispomos de meios médicos para lhe dar assistência imediata no caso de ocorrer qualquer reação. No sentido de reduzir a possibilidade de ocorrência e a gravidade das reações convirá que nos informe se já teve alguma reação com qualquer substância injetada (que tenha sido ou não durante um exame radiológico) e que preencha o questionário da página seguinte. Se tiver qualquer dúvida deverá pedir-nos o devido esclarecimento médico.

Médico Responsável

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários no ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome Legível: _____ Nº Cédula Prof. _____
Unidade de Saúde: CEDIR MAGNEDIR Contato Institucional: 271200820

À Pessoa / Representante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

COLAR ETIQUETA COM NOME E DADOS DO(A) UTENTE

Autorização do Utente ou Representante Legal

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelos profissionais de saúde, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. **AUTORIZO / NÃO AUTORIZO (riscar o que não interessa)** o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Ass.: _____ Doc. Identificação Nº: _____

Grau de Parentesco ou Tipo de Representação (se aplicável): _____ Data: ___/___/___

QUESTIONÁRIO

1 – Está grávida ou pretende engravidar?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
2 – Encontra-se em período de amamentação?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
3 – Já efetuou algum exame com Contraste Endovenoso?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
4 – Se respondeu “SIM” na questão 3, sofreu alguma reação alérgica?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
5 – Sofre algum tipo de alergia?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
6 – Sofre de Doenças Cardíacas?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
7 – Já sofreu algum Enfarte Cardíaco?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
8 – Sofre de Angina de Peito?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
9 – Sofre de Bronquite Asmática?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
10 – Usa Broncodilatadores (spray) para falta de ar?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
11 – Tem Glaucoma?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
12 – Sofre de Doenças Renais?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
13 – Sofre de Diabetes?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
14 – Sofre de doenças da Tiróide (hipertiroidismo)?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
15 – Sofre de doenças graves como o Mieloma Múltiplo?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
16 – É portador de Pacemaker?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
17 – É portador de Válvula Cardíaca?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
18 – Tem Clips Neurocirúrgicos?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
19 – Tem Clips Vasculares?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
20 – Tem Válvula de Derivação Ventricular?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
21 – Tem Próteses Auditivas?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
22 – Tem Dispositivo Intrauterino?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
23 – Material de Osteosíntese?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
24 – Sutura com Fios Metálicos?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
25 – Material de Ortodôncia?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
26 – Tem Próteses?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
27 – Tem corpos estranhos (balas, estilhaços,...)?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
28 – Trabalhador de Metais?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
Declaro como verdadeiras as informações constantes neste questionário.	
Assinatura: _____	

A preencher pelo Médico / Técnico Radiologista / Enfermeiro

Produto Contraste: _____ Lote: _____ Validade: ____/____/____

Quantidade administrada: _____ Outros Fármacos Administrados: _____

Reações adversas durante o Exame: Nenhuma Leve Moderada Grave

Assinatura: _____ Data: ____/____/____