

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA  
PACIENTE DO SEXO FEMININO**

**PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

OBS: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

**RESPONSÁVEL / REPRESENTANTE LEGAL:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

A Sra. realizará um exame de Tomografia Computadorizada (TC) solicitado por seu médico assistente. Este exame utiliza raios-X (radiação ionizante) para a geração de imagens, semelhante às radiografias convencionais.

Historicamente, o uso de radiações sempre causou apreensão às pessoas.

Porém, quando essa forma de energia eletromagnética é controlada, podemos utilizá-la a nosso favor. No caso da TC, as doses de radiação são muito baixas, minimizando os riscos frente ao grande benefício que um diagnóstico precoce e preciso pode oferecer.

Para zelar pela sua segurança e pela excelência dos exames por nós realizados, o Hospital Barra D'Or implantou o setor de Física Médica, onde físicos especialistas em radiodiagnóstico se dedicam ao perfeito funcionamento e calibração dos equipamentos, garantindo a menor exposição possível de cada paciente a irradiação.

Mesmo assim, em um número extremamente pequeno de casos a radiação ionizante pode induzir alterações e não é recomendada em pacientes grávidas.

1. A Sra. está ou pode estar grávida? ..... SIM  NÃO

2. Em que data iniciou o seu último ciclo menstrual (dia e mês)? \_\_\_\_\_

Para a realização do seu exame, pode ser necessária a administração de meios de contraste por via oral e/ou venosa para a melhor definição das imagens e, conseqüentemente, melhor informação diagnóstica. Os meios de contraste são substâncias que contêm iodo ou bário em sua composição. A avaliação da necessidade e tipo de contraste a ser utilizado é feita individualmente, baseada na indicação clínica e estruturas a serem estudadas. O uso de meios de contraste é considerado um procedimento seguro e suas reações adversas são raras. Classificam-se em leves (náuseas, vômitos), moderadas (edema facial e broncoespasmo, entre outras) ou graves (insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de vida).

As reações adversas graves são extremamente incomuns com incidências que variam de 1 para 100.000 a 1 para 400.000 exames contrastados realizados.

Como as reações adversas são mais freqüentes em determinados grupos de pacientes, solicitamos que a Sra. responda o questionário abaixo para que possamos avaliar seu grau de risco.

- |  | SIM                      | NÃO                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Já fez algum exame com contraste iodado (tomografia, urografia excretora, cateterismo cardíaco ou arteriografia)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Houve alguma reação? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Qual? _____   |                          |                          |
| 4. É portadora de asma ou bronquite? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. É portadora de rinite? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Tem alergia a algum alimento ou medicamento? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Quais? _____  |                          |                          |
| 8. É portadora de insuficiência renal ou outra doença dos rins? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Faz diálise? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Faz uso de algum medicamento diariamente? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Quais? _____   |                          |                          |
| 12. É portadora de Diabetes? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Faz uso de algum medicamento que contenha metformina? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Está fazendo quimioterapia? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. É portadora de algum problema cardíaco (insuficiência cardíaca, infarto, angina)? .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Já fez alguma cirurgia? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Quais? _____   |                          |                          |

Desde já nos encontramos a sua disposição para qualquer outro esclarecimento através do profissional que irá atendê-lo. Agradecemos sua confiança em nosso serviço e desejamos um bom exame.

Declaro que fui informado e autorizo a realização do exame de Tomografia Computadorizada com administração de meio de contraste, se necessário.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)