



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarília.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

(Resolução CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)

EXAMES COM USO DE CONTRASTE IODADO ENDOVENOSO

O(a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização de “**Exames com Uso de Contraste Iodado Endovenoso**”.

- **Definição:** O Contraste iodado é substância injetada por via endovenosa em exames de imagem que serve para melhorar a visualização da estrutura anatômica e fornecer importantes informações diagnósticas.

- **Possíveis riscos:** considerando que os benefícios superam os riscos, o contraste iodado venoso pode causar algumas reações adversas, sendo elas:

Reações leves (mais comuns): náuseas e vômitos.

Reações moderadas (raras): coceira, inchaço dos olhos ou lábios, espirros, ou, raramente, dificuldade para respirar.

Reações graves (raríssimas): insuficiência renal, problemas cardiorrespiratórios e choque, inclusive com risco de morte.

A Instituição está apta e preparada para dar suporte médico as mais variadas reações, possuindo em suas dependências, instrumentos adequados e equipe habilitada para, na medida do possível, reverter as referidas situações.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara que não é possível prever se o paciente terá ou não algum tipo de reação ao contraste e, até o momento não existe nenhum tipo de exame capaz de pré-diagnosticar pacientes alérgicos ao referido medicamento; a eventual profilaxia será baseada no antecedente pessoal de doenças, alergias de medicações e a outros agentes (como determinados alimentos).

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara que o exame deve ser evitado em mulheres grávidas ou com suspeita de gestação. O médico e a equipe responsável pela realização do procedimento deverão ser informados sobre suspeita ou confirmação de gestação, para avaliarem se os possíveis benefícios do procedimento superam os riscos.

3. Está ciente que o exame realizado não assegura a garantia de cura ou de diagnóstico, e a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) assistente a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo o seu julgamento técnico.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarília.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E
RECUSA”**

(Resolução CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)

EXAMES COM USO DE CONTRASTE IODADO ENDOVENOSO

4. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

5. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: _____

Data de Nascimento: _____

Nome do Médico Responsável: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____

CRM: _____