

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE) PARA EXAME DE TOMOGRAFIA COM OU SEM ADMINISTRAÇÃO DO MEIO DE CONTRASTE EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____

CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Declaração do Paciente

Atesto que fui informado (a) pelo médico responsável pelo meu tratamento sobre a necessidade de realizar o exame em questão que necessita do uso de contraste, substância que é capaz de fornecer imagens com informações adicionais importantes para o meu diagnóstico.

Fui esclarecido(a) de que a não utilização do contraste endovenoso pode reduzir a acurácia do exame de tomografia, dificultando o diagnóstico de algumas doenças.

Contudo, foi identificado que meu caso clínico faz parte de um grupo que necessita de uma avaliação especial para realização de tomografia computadorizada, ~~pelo motivo abaixo:~~ pelos seguintes motivos (assinalar quando aplicável):

- ☐ **Insuficiência Renal** - Os pacientes com insuficiência renal que recebem contraste iodado podem ter seu quadro de nefropatia prejudicado. Além disso, caso o paciente faça uso de metformina este deve suspender a medicação por 48 horas após a utilização do contraste iodado;
- ☐ **Injeção de contraste iodado com intervalo menor que 24 horas:** a repetição em curto prazo pode aumentar riscos relacionados à função renal e a reações adversas.
- ☐ **Paciente gestante** - Radiação ionizante tem, por definição, a capacidade de alterar as características físicas-químicas das moléculas de um tecido biológico. As células mais sensíveis a estes efeitos são aquelas com maior taxa de replicação com tecido embrionário (feto). Para maior segurança deve evitar a tomografia computadorizada no primeiro trimestre da gestação, e utilizar contraste somente quando o benefício supera o risco potencial.
- ☐ **() Alergia ou reação prévia a contraste iodado:** pacientes com histórico de reações podem necessitar de medicação prévia ou escolha de alternativa diagnóstica.

- ☐ () **Asma brônquica ou doenças respiratórias graves**, que aumentam o risco de reações.
- ☐ **Outros -**
-
-

Benefícios e Riscos

Benefícios esperados:

- Obtenção de imagens mais detalhadas que auxiliam no diagnóstico correto.
- Melhor direcionamento da conduta médica e terapêutica.
-

Possíveis riscos e complicações:

- Reações leves: calor, náuseas, dor no local da punção, gosto metálico.
- Reações moderadas: vômitos, urticária, tontura, falta de ar.
- Reações graves (raras): queda de pressão arterial, arritmia, edema de glote, choque anafilático.
- Em pacientes com função renal comprometida: risco de agravamento da insuficiência renal.

Direitos do Paciente

- Fui informado(a) de forma clara e tive oportunidade de fazer perguntas.
- Sei que posso **recusar a realização do exame ou o uso do contraste**, ciente de que isso pode reduzir a eficácia diagnóstica.
- Tenho o direito de **revogar este consentimento a qualquer momento** antes do início do exame.

Consentimento

A condição acima descrita foi avaliada pelo médico responsável, que ainda assim considera o exame de tomografia de alta relevância para o meu tratamento.

A partir das informações mencionadas acima e as explicadas pelo profissional, e tendo conhecimento dos benefícios e eventuais riscos relacionados ao exame, **DECLARO** que:

() **AUTORIZO** a realização do exame;

() **AUTORIZO** a utilização do meio de contraste iodado;

Guanhães, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente/Responsável
Legal

Assinatura do Médico