

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE) PARA EXAME DE
TOMOGRAFIA COM ADMINISTRAÇÃO DO MEIO DE CONTRASTE**

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

CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____

CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

A Tomografia Computadorizada (TC) é um método de exame por imagem que envolve o uso de radiação ionizante (raio X) e computadores para produzir imagens de interesse médico, da parte do corpo a ser estudada e é fundamental para o esclarecimento da hipótese diagnóstica de seu estado de saúde.

Como parte do seu exame, pode ser necessária a injeção de contraste iodado em uma veia. É um líquido transparente, sem cor, que será eliminado do seu corpo pelos rins e não vai alterar o aspecto da urina. O contraste serve para realçar tecidos de interesse e fornece informações diagnósticas.

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. A não utilização do contraste endovenoso pode reduzir a acurácia do exame de tomografia, dificultando o diagnóstico de algumas doenças.

Os meios de contraste são considerados seguros e bem tolerados, mas como qualquer medicamento, pode, em poucas ocasiões, gerar reações adversas, sendo a maioria delas leves e com melhora espontânea, podendo manifestar-se como: sensação de calor, enjoos, vômitos, dor de cabeça, coceira, congestão nasal, tontura, alterações na pele, entre outros.

As reações severas são raras, podendo se apresentar como alterações cardíacas, vasculares, insuficiência renal e respiratórias. Muito raramente as reações podem ser fatais.

As reações tardias também são raras, manifestando-se geralmente como alterações na pele. Nesses casos, o paciente deve procurar o serviço que realizou o exame ou um serviço de atendimento de urgência/emergência.

A partir das informações mencionadas acima e as explicadas pelo profissional de saúde, e tendo conhecimento dos benefícios e eventuais riscos relacionados ao uso do meio de contraste, declaro que AUTORIZO a utilização do meio de contraste iodado.

Guanhães, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente/Responsável
Legal

Assinatura do Médico

