

TERMO DE CONSENTIMENTO EXAME DE RAIOS-X COM CONTRASTE

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

CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____

CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre o exame de imagem por Raio X, que utiliza radiação ionizante para a obtenção de imagens das estruturas internas do corpo, sendo fundamental para o esclarecimento da hipótese diagnóstica relacionada ao meu estado de saúde.

Fui esclarecido(a) de que, para a adequada realização do exame e para maior precisão diagnóstica, será necessária a utilização de meio de contraste, o qual poderá ser administrado por via oral, endovenosa ou outra via indicada, conforme o tipo de exame solicitado pelo médico responsável. Compreendo que o meio de contraste tem a finalidade de realçar tecidos e estruturas de interesse, fornecendo informações diagnósticas mais detalhadas, e que a não utilização do contraste poderá reduzir a acurácia do exame, dificultando ou limitando o diagnóstico de determinadas condições clínicas.

Fui informado(a) de que os meios de contraste são, em geral, seguros e bem tolerados, porém, como qualquer medicamento, podem ocasionar reações adversas. As reações mais comuns são geralmente leves e transitórias, podendo incluir sensação de calor, gosto metálico na boca, náuseas, vômitos, dor de cabeça, tontura, coceira, congestão nasal, alterações na pele ou desconforto no local da aplicação.

Estou ciente de que reações alérgicas mais graves são raras, podendo envolver alterações cardiovasculares, respiratórias ou renais, e que, muito raramente, podem ser fatais. Fui esclarecido(a) ainda de que podem ocorrer reações tardias, geralmente cutâneas, e que, caso isso ocorra, devo procurar o serviço onde o exame foi realizado ou um serviço de urgência/emergência. Declaro que informei previamente à equipe de saúde sobre a existência de alergias conhecidas, doenças pré-existentes, uso contínuo de medicamentos, gestação ou suspeita de gravidez, assumindo a responsabilidade pela veracidade dessas informações.

Tenho ciência de que posso retirar meu consentimento antes do início do exame, estando ciente de que tal decisão poderá comprometer a realização do procedimento e a definição diagnóstica.

Após ter tido a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas, e estando plenamente informado(a) sobre os benefícios, indicações e eventuais riscos relacionados ao uso do meio de contraste, AUTORIZO, de forma livre e esclarecida, a realização do exame de Raio X com utilização de meio de contraste, conforme indicação médica.

Guanhães/MG, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico

