

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME
DE IMAGEM COM ADMINISTRAÇÃO DO MEIO
DE CONTRASTE**

Eu _____,

RG: _____ CPF : _____

Na qualidade de:

[] Paciente

[] Responsável Legal. Parentesco: _____

***DECLARO que LI, COMPREENDI E ESTOU CIENTE das
informações abaixo descritas:***

1. O meu médico solicitou um exame que pode necessitar do uso do meio de contraste, substância que é capaz de fornecer imagens com informações adicionais importantes para o meu diagnóstico e/ou conduta.
2. Dependendo do tipo de contraste utilizado e do exame realizado, podem-se utilizar diversas vias de administração, como por exemplo a via intravenosa.
3. Os meios de contraste são considerados seguros e bem tolerados, mas como qualquer medicamento, podem, em poucas ocasiões, gerar reações, sendo a maioria delas leves e geralmente com melhora espontânea, podendo manifestar-se como: sensação de calor, enjoos, vômitos, dor de cabeça, coceira, congestão nasal, tontura, alterações de pele, entre outros.
4. As reações severas são raras, podendo se apresentar como alterações cardíacas, vasculares e respiratórias. Muito raramente, as reações podem ser fatais.
5. Algumas complicações muito incomuns podem ocorrer, como Fibrose Sistêmica Nefrogênica, a Insuficiência Renal Induzida por Contraste e o Extravasamento, sendo as duas primeiras complicações mais associadas a Pacientes portadores de problemas renais.
6. As reações tardias 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.
7. Caso ocorra alguma reação, as equipes médica e de enfermagem desse serviço estão capacitadas para instituir a melhor conduta e tratamento possíveis.

A partir das informações mencionadas acima e as explicadas pelo médico, e tendo conhecimento dos benefícios e eventuais riscos relacionados ao uso do meio de contraste, **DECLARO** que:

AUTORIZO a utilização do meio contraste.

NÃO AUTORIZO a utilização do meio contraste.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente ou Representante Legal

Assinatura e CRM do Médico Responsável