

<p>PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO</p> <p>Este questionário deverá ser preenchido e assinado por profissional de enfermagem responsável por encaminhar o paciente ao setor de Radiologia.</p>	<p>NOME: _____</p> <p>PRONTUÁRIO: _____ D. NASC.: ___/___/___</p> <p>LOCAL: _____ LEITO: _____</p>
<p>Paciente está em jejum? () Sim () Não</p> <p>Horário da última refeição: ____:____h</p> <p>Peso: _____ kg Altura: _____ cm</p>	
<p>MOTIVO DO EXAME (Queixa principal e duração dos sintomas):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>CIRURGIAS PRÉVIAS:</p> <p>Cirurgia: _____ Tempo: _____ Motivo: _____</p> <p>Cirurgia: _____ Tempo: _____ Motivo: _____</p> <p>Cirurgia: _____ Tempo: _____ Motivo: _____</p> <p>Cirurgia: _____ Tempo: _____ Motivo: _____</p>	
<p>MULHER EM IDADE FÉRTIL? () SIM () NÃO</p> <p>Data da última menstruação: ___/___/_____ () Não se lembra</p> <p>Resultado do exame de gravidez (Beta-HCG)? () Positivo () Negativo () Não solicitado</p> <p><i>A solicitação do exame de gravidez é obrigatória em pacientes do sexo feminino em idade fértil com atraso menstrual ou que não se recordem da data da última menstruação. A ausência deste exame (ou resultado positivo) contraindica de forma absoluta a realização de tomografia computadorizada.</i></p>	
<p>USO DE CONTRASTE PRÉVIO:</p> <p>• Já foi submetido a exame radiológico com uso de contraste? () Sim () Não () Não se lembra</p> <p>Qual exame? () Raio-X () Urografia Excretora () Arteriografia () Cateterismo () Flebografia () TC () RM</p> <p>• Já apresentou reação alérgica após uso de contraste venoso? () Sim () Não () Não se lembra</p> <p>Qual reação? () Náusea/vômito () Falta de ar () Tontura () Desmaio () Vermelhidão/coceira () Outra. Descreva: _____</p>	
<p>TEM DOENÇA RENAL? () SIM () NÃO. Qual? _____</p> <p>Resultado do exame de Creatinina: _____ () Não solicitado</p>	
<p>HISTÓRIA PREGRESSA:</p> <p>Asma? () Sim () Não</p> <p>Bronquite? () Sim () Não</p> <p>Rinite? () Sim () Não</p> <p>Alergia? () Sim () Não. Qual? _____</p> <p>Doença crônica? () Sim () Não. Qual? () Diabetes () Hipertensão () Renal () Cardíaca</p> <p>Doença de tireoide? () Sim () Não. Uso de medicação? _____</p> <p>Quimioterapia? () Sim () Não. Duração? _____</p> <p>Radioterapia? () Sim () Não. Duração? _____</p> <p>Tabagismo? () Sim () Não. Duração? _____</p>	
<p>MEDICAMENTOS EM USO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>_____</p> <p>Assinatura paciente / Responsável</p>	<p>_____</p> <p>Profissional de Enfermagem</p>

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAMES COM UTILIZAÇÃO DE CONTRASTE VENOSO

A Tomografia Computadorizada (TC) é um método de exame por imagem que envolve o uso de radiação ionizante (raios X) e computadores para produzir imagens de interesse médico, da parte do corpo que se quer estudar, 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 importantes informações diagnósticas.

Estou ciente de que existe certo risco, como em qualquer procedimento médico, visto que o contraste iodado venoso pode causar algumas reações adversas e alérgicas, tanto reações leves como moderadas ou graves:

- Reações leves (mais comuns): calor, náuseas e vômitos.
- Reações moderadas: coceira, urticária, inchaço dos olhos ou lábios, espirros, ou, raramente, dificuldade para respirar. Nesses casos, se necessário, poderá ser administrada medicação para o tratamento dessas reações.
- Reações graves (muito raras): insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de vida. A literatura médica indica aproximadamente de 0,157% a 0,031% de reações severas; o risco de óbito é de 1 em cada 100.000 pacientes. Nessas ocasiões, serão tomadas condutas imediatas, como atendimento médico e administração dos medicamentos necessários, podendo haver necessidade de internação hospitalar.

Não é possível prever se o paciente terá ou não algum tipo de reação, e não existe até o momento nenhum tipo de exame capaz de pré-diagnosticar paciente alérgico ao referido contraste. A eventual profilaxia está baseada no antecedente pessoal de doenças, alergias e medicações, e a outros agentes (como determinados alimentos). Sendo assim, estou ciente de que no(a) paciente que tem diabetes, mieloma múltiplo, alergia severa, ou que teve reação prévia no uso de contraste iodado, o risco pode ser um pouco maior.

Informo que recebi todas as explicações necessárias quanto à importância, riscos e benefícios do exame solicitado, bem como li e compreendi todas as informações deste documento e, antes de sua assinatura, tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao procedimento. Fui o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o procedimento acima descrito.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento, de maneira formal. Autorizo a realização de todo o procedimento necessário para tratamento imediato caso ocorra algum tipo de reação adversa durante o exame.

Data: ____ / ____ / _____ Assinatura do paciente ou responsável: _____

REJEIÇÃO DO PACIENTE

Reservo-me no direito de NÃO utilizar o contraste durante a realização do exame, ainda que tenha sido prescrito pelo médico, e que a falta da utilização do medicamento possa interferir ou prejudicar o resultado final do meu exame.

Data: ____ / ____ / _____ Assinatura do paciente ou responsável: _____

VALIDAÇÃO MÉDICA

Atesto que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es) ou responsável(eis) o propósito, os benefícios e os riscos do procedimento, bem como que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e confirmado, até o momento de sua realização.

Data: ____ / ____ / _____ Assinatura do médico: _____