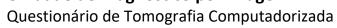
Unidade de Diagnóstico por Imagem





PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO	
Este questionário deverá ser preenchido e assinado por profissional de enfermagem responsável por encaminhar o	NOME:
paciente ao setor de Radiologia.	PRONTUÁRIO: D. NASC.: / /
Paciente está em jejum? () Sim () Não	5. W. Ser
Horário da última refeição::h	LOCAL: LEITO:
Peso:kg Altura:cm	
MOTIVO DO EXAME (Queixa principal e duração dos sintomas):	
CIRURGIAS PRÉVIAS:	
Cirurgia: Tem	po: Motivo:
	po: Motivo:
Cirurgia:Tem	po: Motivo:
	po: Motivo:
MULHER EM IDADE FÉRTIL? () SIM () NÃO	
Data da última menstruação: / /	
Resultado do exame de gravidez (Beta-HCG)? () Positivo () Não solicitado	
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 <u>absoluta</u> a realização de tomografia computadorizada.	
USO DE CONTRASTE PRÉVIO:	
Já foi submetido a exame radiológico com uso de	contraste? () Sim () Não () Não se lembra
Qual exame? () Raio-X () Urografia Excretora () Arteriografia () Cateterismo () Flebografia () TC () RM	
• Já apresentou reação alérgica após uso de contraste venoso? () Sim () Não () Não se lembra	
Qual reação? () Náusea/vômito () Falta de ar () Tontura () Desmaio () Vermelhidão/coceira	
() Outra. Descreva:	
TEM DOENÇA RENAL? () SIM () NÃO. Qual?	
Resultado do exame de Creatinina: () Não solicitado	
HISTÓRIA PREGRESSA:	
Asma? () Sim () Não	
Bronquite? () Sim () Não Rinite? () Sim () Não	
Rinite? () Sim () Não Alergia? () Sim () Não. Qual?	
Doença crônica? () Sim () Não. Qual? () Diabetes () Hipertensão () Renal () Cardíaca	
Doença de tireoide? () Sim () Não. Uso de medicação?	
Quimioterapia? () Sim () Não. Duração?	
Radioterapia? () Sim () Não. Duração?	
MEDICAMENTOS EM USO:	
Assinatura paciente / Responsável	Profissional de Enfermagem
Assiratora paciente / Responsaver	r ronssionar de Emermagem

Unidade de Diagnóstico por Imagem

Questionário de Tomografia Computadorizada



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:

- o 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 predizer 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 alérgicos 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: /	