

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no

CRM/PR sob o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE IODADO** Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o exame de imagem antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** 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. Como parte de seu exame, pode ser necessária a injeção de contraste iodado em uma veia. É um líquido transparente, sem cor, que será eliminado de 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.

Logo após a injeção, o Sr(a), poderá sentir um gosto metálico, uma sensação de aquecimento e, as vezes, discreta náusea. Essas sensações passam rapidamente. Ocasionalmente, reações alérgicas menores como coceira, espirros, inchaço nos olhos ou respiração difícil podem ocorrer, sendo, às vezes, necessário o tratamento com medicações, as quais temos à disposição. Caso venha a sentir algum desses sintomas descritos, é importante informar ao pessoal técnico imediatamente. Mesmo sendo extremamente raro, estatísticas médicas indicam que casos fatais podem ocorrer após a injeção de contraste.

É importante que o questionário abaixo seja respondido com o máximo de precisão, pois é necessário para a sua segurança. Caso o paciente seja menor, solicitamos ao responsável que preencha.

Peso: \_\_\_\_\_ kg

Perguntas	Sim	Não
Já fez algum exame radiológico com contraste iodado intravenoso ou no qual tenha sido feita injeção intravenosa antes de fazer o exame?		
O Sr(a) já teve alguma reação ou antecedentes de alergia?		
Tem alergia a algum alimento? (peixe, camarão, carne de porco, ovos, chocolates, etc .... )		
Tem alergia a iodo e/ou seus derivados?		
Fez ou faz tratamento de alguma doença? Qual?		
Tem asma, bronquite ou chiadeira?		
Toma remédio para diabetes? (glicoformin ou glifage – metformina)		
Realizou cirurgias anteriores?		
Portador de insuficiência renal?		
Tem hipertireoidismo?		

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE IODADO** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**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.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>	
Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.	
Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____	
<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG Nº _____	RG Nº _____
NOME _____	NOME _____

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.  
1ª via do Paciente.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no

CRM/PR sob o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE IODADO** Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o exame de imagem antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** 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. Como parte de seu exame, pode ser necessária a injeção de contraste iodado em uma veia. É um líquido transparente, sem cor, que será eliminado de 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.

Logo após a injeção, o Sr(a), poderá sentir um gosto metálico, uma sensação de aquecimento e, as vezes, discreta náusea. Essas sensações passam rapidamente. Ocasionalmente, reações alérgicas menores como coceira, espirros, inchaço nos olhos ou respiração difícil podem ocorrer, sendo, às vezes, necessário o tratamento com medicações, as quais temos à disposição. Caso venha a sentir algum desses sintomas descritos, é importante informar ao pessoal técnico imediatamente. Mesmo sendo extremamente raro, estatísticas médicas indicam que casos fatais podem ocorrer após a injeção de contraste.

É importante que o questionário abaixo seja respondido com o máximo de precisão, pois é necessário para a sua segurança. Caso o paciente seja menor, solicitamos ao responsável que preencha.

Peso: \_\_\_\_\_ kg

Perguntas	Sim	Não
Já fez algum exame radiológico com contraste iodado intravenoso ou no qual tenha sido feita injeção intravenosa antes de fazer o exame?		
O Sr(a) já teve alguma reação ou antecedentes de alergia?		
Tem alergia a algum alimento? (peixe, camarão, carne de porco, ovos, chocolates, etc .... )		
Tem alergia a iodo e/ou seus derivados?		
Fez ou faz tratamento de alguma doença? Qual?		
Tem asma, bronquite ou chiadeira?		
Toma remédio para diabetes? (glicoformin ou glifage – metformina)		
Realizou cirurgias anteriores?		
Portador de insuficiência renal?		
Tem hipertireoidismo?		

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE IODADO** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**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.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>	
Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.	
Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____	
<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG Nº _____	RG Nº _____
NOME _____	NOME _____

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.  
2ª via do Médico.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no

CRM/PR sob o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE IODADO** Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o exame de imagem antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** 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. Como parte de seu exame, pode ser necessária a injeção de contraste iodado em uma veia. É um líquido transparente, sem cor, que será eliminado de 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.

Logo após a injeção, o Sr(a), poderá sentir um gosto metálico, uma sensação de aquecimento e, as vezes, discreta náusea. Essas sensações passam rapidamente. Ocasionalmente, reações alérgicas menores como coceira, espirros, inchaço nos olhos ou respiração difícil podem ocorrer, sendo, às vezes, necessário o tratamento com medicações, as quais temos à disposição. Caso venha a sentir algum desses sintomas descritos, é importante informar ao pessoal técnico imediatamente. Mesmo sendo extremamente raro, estatísticas médicas indicam que casos fatais podem ocorrer após a injeção de contraste.

É importante que o questionário abaixo seja respondido com o máximo de precisão, pois é necessário para a sua segurança. Caso o paciente seja menor, solicitamos ao responsável que preencha.

Peso: \_\_\_\_\_ kg

Perguntas	Sim	Não
Já fez algum exame radiológico com contraste iodado intravenoso ou no qual tenha sido feita injeção intravenosa antes de fazer o exame?		
O Sr(a) já teve alguma reação ou antecedentes de alergia?		
Tem alergia a algum alimento? (peixe, camarão, carne de porco, ovos, chocolates, etc .... )		
Tem alergia a iodo e/ou seus derivados?		
Fez ou faz tratamento de alguma doença? Qual?		
Tem asma, bronquite ou chiadeira?		
Toma remédio para diabetes? (glicoformin ou glifage – metformina)		
Realizou cirurgias anteriores?		
Portador de insuficiência renal?		
Tem hipertireoidismo?		

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE IODADO** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**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.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>	
Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.	
Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____	
<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG Nº _____	RG Nº _____
NOME _____	NOME _____



**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.  
3ª via do Hospital.**