TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

|  |
| --- |
| **Acompanhante em Ressonância Magnética** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

O exame de Ressonância Magnética é simples, seguro e indolor, não utiliza de Radiação Ionizante.

No entanto, por ser um procedimento realizado em um poderoso campo magnético (imã), a existência de objetos ou partículas de metal em seu corpo pode lhe causar danos e/ou provocar interferência no exame.

no entanto por ser um procedimento realizado num poderoso campo magnético (imã), a existência de objetos ou partículas de metal em seu corpo, pode lhe causar danos, e/ou provocar interferência no exame. Desta forma é necessário o preenchimento do questionário de segurança abaixo, antes de entrar na sala de exame.

O preenchimento correto dos itens abaixo mencionados é de extrema importância para garantirmos a sua segurança e do paciente. Se tiver alguma dúvida, não hesite em consultar o Técnico de Enfermagem, Técnico de Radiologia ou o Médico. Toda a informação recolhida é confidencial.

**Esteja ciente que o Ímã do sistema de RM está SEMPRE ligado, mesmo quando não estiver realizando exame.**

**Instruções Importantes:**

Para sua segurança, remova todos os objetos metálicos antes de entrar na sala de exame, incluindo aparelhos auditivos, celular, chaves, óculos, moedas, relógio, grampos de cabelo, jóias, cílios magnéticos, piercings, cartão de crédito, arma de fogo, etc… Objetos metálicos soltos são proibidos na sala de RM.

**Você tem algum dos itens abaixo implantados em seu corpo? Caso possua é necessário informar a data de implantação.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ( ) Sim | ( ) Não | Marca passo Cardíaco | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Válvula Cardíaca - Biológica ou mecânica | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Neuroestimuladores | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Implante coclear/ouvido ou aparelho de audição | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Metal nos olhos, corpo estranho | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Stent Coronário | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Implante Metálico, ex. prótese, placas, parafusos, | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Clips de aneurismas cerebrais, órtico | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Próteses ou aparelho dentário | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Tatuagem, Maquiagem Permanente e-ou Cílios Magnético | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Piercing | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Sensor de glicose no sangue | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Já foi ferido por arma de fogo, | Onde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Membro artificial ou placa metálica, | Onde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| ( ) Sim | ( ) Não | Claustrofobia | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |
| ( ) Sim | ( ) Não | Sexo Feminino, existe a possibilidade de estar grávida | Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |  |

Foi utilizado o detector de metal antes de sua entrada na sala de exames? ( ) Sim ( ) Não

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ me responsabilizo a acompanhar o paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durante todo o exame na sala de Ressonância Magnética. Declaro que fui informado quanto aos riscos e cuidados de permanecer na sala de ressonância magnética. Além disso, declaro entrar na sala de exames sem objetos metálicos e que as respostas acima são verdadeiras.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_               \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acompanhante                                                   Técnico de Enfermagem