**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**PARA ADMINISTRAÇÃO DE RADIOFÁRMACOS**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Ablação de Extrassístole Ventricular** |

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

|  |
| --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO/EXAME/TRATAMENTO**: Cintilografias são procedimentos da especialidade Medicina Nucleares realizadas em equipamentos denominados Gama câmaras, que necessitam para sua realização a administração de substâncias farmacológicas marcadas com radioisótopos (substâncias radioativas) em mínimas doses, denominados genericamente de radiofármacos ou radiotraçadores, que permitem o estudo metabólico e funcional dos órgãos, devido à migração e ou fixação temporária dos referidos radiofármacos, permitindo a obtenção das imagens cintilográficas e/ou demais procedimentos.

A administração dos radiofármacos, apesar de simples, varia de acordo com os exames realizados. Alguns são administrados por via oral, como é o caso do 131-lodo para a tireoide ou de produtos marcados com 99m-Tecnécio para o esqueleto. Outros são administrados por via inalatória, como é o caso de gases radioativos para a realização de cintilografia pulmonar de inalação*/v*entilação. A maioria dos exames é realizada com a injeção endovenosa dos radiotraçadores, como por exemplo, o estudo dos ossos, rins, coração, cérebro, entre outros. Em alguns casos, outras vias podem ser utilizadas, como o gotejamento no olho (dacriocintilografia), injeções subcutâneas para o estudo do sistema linfático, por meio de sondas (cistocintilografia direta), intra-lesional para detecção de lesão oculta durante a cirurgia, entre outros. Essa avaliação, solicitada pelo seu médico assistente, é realizada por médicos nucleares e/ou equipe técnica operacional devidamente treinada para tal.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÃO**: Os **efeitos colaterais** da aplicação dos radiofármacos **são raros** e geralmente de pouca gravidade, em decorrência da pequena quantidade da substância utilizada. Alguns casos de vermelhidão na pele, coceira e dor no local da injeção foram raramente relatadas, sem complicações importantes. **Radiofármacos não são considerados contrastes.**

Os protocolos de segurança médica e de radioproteção estão de acordo com as normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e pelas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária *(*ANVISA), estabelecidas formalmente nos protocolos internos de procedimentos médicos da Instituição.

Mulheres em que exista a **possibilidade de gravidez ou que** **estejam amamentando**, **devem comunicar à equipe técnica antes da administração do material utilizado para exame** (radiotraçador), para possível mudança de conduta médica, remarcação do exame e / ou para esclarecimentos específicos.

**Declaro, adicionalmente, que:**

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico Nuclear, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente Procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

3. O Procedimento que serei submetido possui em si os riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

4. Assim, declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

5 - Autorizo que as imagens obtidas após o Procedimento realizado sejam encaminhadas para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico, bem a veiculação das referidas imagens exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que assegurado o pleno sigilo de minha identidade.

6. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

7. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional.

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos**.

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| Nome legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ |

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

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**