**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Ressonância Magnética** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG:  Sexo biológico: (sexo no nascimento)  Identidade de gênero: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Feminino ( ) Masculino ( )  (Preencher no caso de o paciente não se identificar com o sexo de nascimento.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **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: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o procedimento designado **Ressonância Magnética** (o “Procedimento”), a ser realizado no Hospital Orizonti, localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

**DEFINIÇÃO DO EXAME**: O exame de Ressonância Magnética (RM) é um método diagnóstico que obtém imagens do corpo humano sem o uso de raios-X ou outras formas de radiação ionizante.

Durante o exame o (a) paciente fica deitado (a) em uma mesa que deslizará através de uma abertura para o centro do aparelho. O túnel permanecerá aberto nas extremidades, com iluminação e ventilação adequadas. É fundamental que o (a) paciente fique imóvel durante a aquisição das imagens para não prejudicar a qualidade do exame. Como o (a) paciente é colocado (a) em um campo magnético, serão feitas perguntas antes do início do exame a respeito de aparelhos ou objetos metálicos (ex: marcapasso cardíaco, clipes de aneurisma, neuroestimuladores, próteses dentárias móveis e piercings, dentre outros).

Haverá necessidade de troca de roupa para evitar possíveis interações com o campo magnético. Todas as roupas e objetos pessoais devem ser guardados nos armários disponíveis no setor, pois não podem entrar na sala de exame. O campo magnético pode apagar cartões de crédito, danificar celulares, relógios e similares. Todas as orientações acima são válidas também para os acompanhantes que optarem por permanecer dentro da sala durante a realização do exame.

A Ressonância Magnética **funciona** por meio de bobinas que emitem pulsos de radiofrequência (RF), necessários para a geração das imagens. Esses pulsos de RF liberam energia, que pode levar a aumento de temperatura corporal. Caso sinta calor excessivo, o paciente poderá acionar a campanhia de alerta, uma vez que em decorrência do ruído, não poderemos ouví-lo.

Dependendo da suspeita, doença ou região a ser estudada, pode-se utilizar um meio de contraste próprio para RM, o gadolínio (elemento químico usado para aumentar a definição de órgãos), por via endovenosa. O contraste melhora a eficácia da RM na detecção e caracterização de diversas estruturas e/ou lesões.

O uso de contraste é contraindicado para pessoas que já apresentaram alguma reação anterior ao produto, moderada a grave e em pacientes grávidas. Em pacientes com insuficiência renal aguda e/ou crônica em grau severo (dialítica ou não), a relação entre o risco e o benefício da utilização do contraste será discutida entre o Sr. (a), o radiologista e seu médico assistente

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÃO**:

O contraste exibe baixa frequência de efeitos colaterais, sendo as reações alérgicas pouco comuns e habitualmente leves, como urticárias e vômitos. A possibilidade de anafilaxia é excepcionalmente rara. Pacientes com asma ou com reações prévias leves ou graves a meios de contraste ou a outras substâncias têm chance um pouco maior de apresentarem reação adversa. Portanto, informe ao profissional se você possui esta condição. Além disso, estamos preparados para tratar eventuais reações adversas de qualquer natureza.

Muito raramente pode ocorrer extravasamento do contraste ou tromboflebite (inflamação e/ou trombose da veia) relacionados à punção venosa e injeção do contraste. Mesmo adotando protocolos rígidos de qualidade e segurança, estas complicações não são totalmente passíveis de prevenção.

Salientamos que no nosso serviço o uso destas substâncias é rotineiro, beneficiando muito a qualidade do exame, havendo inclusive alguns protocolos onde o exame não é possível sem a utilização do meio de contraste.

Após o exame o paciente poderá retornar à sua rotina normal sem a necessidade de repouso ou cuidados adicionais, exceto nos casos de anestesia, quando receberá orientação individualizada.

**Estou ciente que além dos riscos e complicações descritas acima, em exames médicos invasivos como o proposto, pode haver também risco de morte.**

**Por que podem ocorrer atrasos no horário de seu exame?**

Embora façamos o possível para cumprir os horários agendados, imprevistos podem ocorrer, tais como manutenções corretivas ou preventivas no equipamento, problemas nos computadores, queda e/ou oscilação de energia, urgências médicas e clientes com maior grau de dependência ou não colaborativos. Caso ocorra algum atraso no seu exame, encontraremos alternativas para que você seja atendido (a) da melhor forma possível.

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 e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

3. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, 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.

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

**Leia e responda com atenção e de forma verdadeira as questões abaixo.**

Estas perguntas visam uma avaliação segura para a realização do seu exame. Responda as questões da forma mais verdadeira possível. Caso haja dúvidas, elas poderão ser esclarecidas com a Equipe de Enfermagem, Técnico ou Médico Radiologista.

**1.** O Sr. (a) trouxe algum exame anterior e entregou à enfermagem? q Sim q Não

A modalidade? TC RM Outros

Imagens Relatório

Recebido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Já se submeteu a alguma cirurgia na região a ser estudada ou relacionada ao quadro atual?

q Sim q Não

**3.** Você possui ou já foi submetido a:

Marcapasso cardíaco ou cardiodesfibrilador implantável? q Sim q Não

Clipe de aneurisma cerebral? q Sim q Não

Monitor de pressão intracraniana? q Sim q Não

Neuroestimuladores? q Sim q Não

Prótese ocular ou material metálico na órbita? q Sim q Não

Prótese ortopédica ou material de fixação metálica ortopédica interna ou externa? q Sim q Não

Placas, pontos ou suturas metálicas, agulhas ou algum tipo de material de acupuntura? q Sim q Não

Prótese metálica interna no ouvido ou aparelho de surdez? q Sim q Não

Material dentário metálico (implantes, prótese fixa, aparelho ortodôntico)? q Sim q Não

Realizou tatuagem ou maquiagem definitiva nos últimos 15 dias? q Sim q Não

Piercing, cílios postiços ou cílios magnéticos? q Sim q Não

Ferimento prévio com estilhaço de metal ou arma de fogo? q Sim q Não

Algum outro dispositivo ou material metálico / eletrônico dentro do corpo? q Sim q Não

Já foi submetido a alguma cirurgia? q Sim q Não. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já apresentou alergia ao contraste da ressonância magnética (gadolínio)? q Sim q Não

Possui insuficiência renal? q Sim q Não

Possui asma? q Sim q Não

Histórico de edema de glote? q Sim q Não

Alergia prévia a medicamentos ou outras substâncias? q Sim q Não

Caso tenha respondido sim, a qual substância / medicação? q Sim q Não

Foi indicado para o(a) senhor(a) a utilização de medicação antes do exame? q Sim q Não

Caso tenha sido indicado, tomou a medicação como orientado? q Sim q Não

**4.** Pode estar grávida? q Sim q Não

Está amamentando? q Sim q Não

Exames anteriores? q Sim q Não. Quais? ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Retidos? q Sim q Não

**Peso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Altura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Autorização***

Fui informado(a) que a utilização do meio de contraste (Gadolínio) pode ser de grande auxílio para o diagnóstico.

q Autorizo o uso do Gadolínio q Não autorizo o uso do Gadolínio

Autorizo que as imagens obtidas durante 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 assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

q Sim q Não

Estou ciente de que é de minha responsabilidade fornecer informações precisas e verdadeiras, inclusive sobre meu **sexo biológico**, para o procedimento de ressonância magnética. Reconheço que a veracidade dessas informações é crucial para o êxito do exame e para quaisquer procedimentos subsequentes, incluindo a análise dos resultados e intervenções médicas necessárias em casos de intercorrência.

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do exame proposto.**

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

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)  **Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| Autorizo o corpo clínico (médicos) da Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Grupo Orizonti a acessar meus exames com o objetivo de fornecer ludo comparativo/ evolutivo.  **Instituição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Login:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Senha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

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

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**