



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
RADIOLOGIA**



Eu, abaixo assino, declaro ter sido informado de que as substâncias existentes nos meios de contrastes radiológicos, podem determinar, desde reações leves urticariformes e náuseas, até reações mais severas como edema de laringe, espasmo brônquio e parada cárdio - respiratória. Adicionalmente fui informado que, devido aos grandes volumes injetados de meio de contraste (principalmente em tomografia computadorizada), há possibilidade de reações inflamatórias ao longo das veias utilizadas, assim como de ocasionais extravasamentos.

Declaro, outrossim, que de forma voluntária, face a necessidades diagnósticas do meu estado clínico.

() **AUTORIZO** a realização.

() **NÃO AUTORIZO** a realização, estando ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Araraquara, _____ de _____ de _____.

Hora da aplicação do termo: _____h_____min

Assinatura paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura responsável pelo paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura médico
CRM _____
Nome _____