



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
INJEÇÃO DE CONTRASTE IODADO**



Este questionário tem por objetivo identificar os pacientes alérgicos ou potencialmente alérgicos que, ao realizarem estudos radiográficos, necessitem utilizar contraste iodado e, eventualmente, venham a precisar de reparo e de atendimentos adequados.

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Exame: \_\_\_\_\_

1. Você tem algum tipo de alergia?    ( ) SIM            ( ) NÃO            ( ) NÃO SEI

Qual? \_\_\_\_\_

2. Você já utilizou contraste iodado endovenosamente ou por via oral em exames, como, por exemplo:

Tomografia Computadorizada, Arteriografia, Urografia, Excretora, Colecistograma Oral?

( ) SIM    ( ) NÃO    ( ) NÃO SEI

3. Você já apresentou reação alérgica ao utilizar contraste iodado?    ( ) SIM    ( ) NÃO    ( ) NÃO SEI

4. Você já apresentou alergia a medicamentos iodados por via oral ou cutânea (iodeto de potássio, iodo)?

( ) SIM    ( ) NÃO    ( ) NÃO SEI

5. Você tem alergia a alimentos como camarão, peixe ou outros frutos do mar?    ( ) SIM    ( ) NÃO    ( ) NÃO SEI

6. Você tem alergia à sulfá?    ( ) SIM    ( ) NÃO    ( ) NÃO SEI

7. Você tem alergia à penicilina?    ( ) SIM    ( ) NÃO    ( ) NÃO SEI

8. Você tem alergia de pele (urticária)?    ( ) SIM    ( ) NÃO    ( ) NÃO SEI

9. Você apresenta rinite alérgica?    ( ) SIM    ( ) NÃO    ( ) NÃO SEI

10. Você apresenta asma brônquica?    ( ) SIM    ( ) NÃO    ( ) NÃO SEI

11. Para outras informações que julgar necessário, utilize o espaço abaixo.

---

---

---

---

Araraquara, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura paciente

RG \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura responsável pelo paciente

RG \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO INJEÇÃO DE CONTRASTE IODADO



### IMPORTANTE:

Sempre que um paciente necessitar fazer injeção de contraste iodado:

- 1º) Deve permanecer 30 minutos, após o exame, nas dependências deste Serviço de diagnósticos, em observação.
- 2º) Deve ler e assinar o Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento.

### TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA FINS DE INJEÇÃO DE CONTRASTE IODADO

1º) Na realização do exame solicitado pelo seu médico assistente, poderá ser necessária a utilização de uma substância denominada material de contraste, que é uma injeção, via endovenosa, de uma medicação líquida incolor. Este contraste facilitará a demonstração da anatomia e, caso existam, evidenciará anormalidades importantes para o diagnóstico. Normalmente, a injeção do contraste é um procedimento sem complicações. Durante a aplicação da injeção ou após a mesma, poderá ser, entretanto, sentido um gosto algo metálico, náuseas e eventualmente uma sensação de calor, provavelmente, em primeiro lugar, na face e cabeça e, depois, em outras partes do corpo. Estas sensações duram um curto espaço de tempo e são normalmente bem toleradas, quando ocorrem.

2º) Ocasionalmente (1 caso a cada 1.000 aplicações), reações alérgicas leves ou moderadas podem ocorrer, tais como: coceira, espirros ou edema nos olhos, ou mesmo sibilância (um chiado proveniente dos brônquios). Estes sintomas podem requerer algum tratamento com medicação, a qual sempre temos prontamente disponível nas dependências do Serviço.

3º) Na eventualidade de reações mais sérias serem verificadas, nossa equipe técnica está treinada para reconhecê-las e tratá-las adequadamente. Embora tomemos todas as precauções acautelatórias necessárias, cumpre-nos informar a incidência dos riscos de tais procedimentos, segundo as estatísticas médicas, as quais indicam que uma fatalidade pode ocorrer em um exame a cada 50.000 aplicações efetuadas, sendo que a mais grave delas (a morte) poderá ocorrer numa proporção de 1 (uma) a cada 150.000 aplicações.

### CONSENTIMENTOS:

1º) Por este instrumento, declaro que estou ciente dos riscos destas eventuais complicações e da importância das informações geradas pelo contraste, as quais poderão ser decisivas na obtenção de um diagnóstico preciso.

2º) Declaro ter lido e compreendido o que foi acima descrito e dou meu pleno consentimento, por livre iniciativa, para a aplicação do contraste iodado em meu exame. Igualmente, entendo que não há garantias absolutas de que intercorrências não possam ocorrer.

3º) Esta autorização de exame especializado é dada à equipe do CENTRO DE IMAGEM, bem como ao(s) outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

4º) Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter discutido e analisado com a equipe médica os principais riscos e complicações de exame específicos à minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura.

5º) Declaro expressamente ter plena ciência, **desde que minha identidade seja preservada, que as imagens geradas através do procedimento, quando transmitidas em meio de Internet, poderão ser visualizadas, capturadas ou mesmo alteradas, por terceiros usuários e, se ocorrer, nenhuma responsabilidade caberá ao prestador pela divulgação, veiculação, utilização ou publicação de tais imagens, transmitidas por acesso indevido e/ou ilegal.**

6º) Consinto, portanto, que a equipe médica do CENTRO DE IMAGEM realize o(s) procedimento(s) e permito que se utilizem os meios para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o presente exame.

( ) **AUTORIZA** a realização.

( ) **NÃO AUTORIZA** 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 \_\_\_\_\_



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO INJEÇÃO DE CONTRASTE IODADO



### Pesquisa de Pacientes de Risco

Prezado(a) Doutor(a);

Solicitamos a gentileza de sua atenção para as seguintes questões, com o objetivo de melhoria da qualidade assistencial. Pacientes com alto risco de efeito adverso ao contraste iodado são, basicamente, os seguintes:

1. Portadores de quadros alérgicos, em especial, aqueles que já apresentaram quadros alérgicos a exames com contraste.
2. Portadores de asma.
3. Portadores de patologia cardíaca incapacitante ou considerada severa (grave).
4. Portadores de mieloma múltiplo, policitemia e feocromocitoma.
5. Portadores de severa doença renal, particularmente causada por diabete.

Diante desta relação, o(a) colega considera o seu paciente uma pessoa portadora de alguma patologia capaz de influenciar no resultado do exame radiológico solicitado ou de ficar exposta a riscos maiores do que os habituais, em virtude de contraste?

( ) Sim ( ) Não