



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA



1º) O exame de Ressonância Magnética utiliza um alto campo magnético associado a ondas de radiofrequência para a aquisição das imagens. Requer cuidados especiais para a sua realização e para segurança dos pacientes. Em decorrência desse elevado campo magnético, objetos metálicos (chaves, moedas, correntes, grampos de cabelo, brincos, anéis, piercings, botões metálicos nas roupas, muletas, etc.) devem ser previamente retirados, pois podem ser atraídos pelo equipamento. Portanto, a entrada na sala com estes objetos é proibida.

Assim, relacionamos abaixo alguns itens que devem ser preenchidos de maneira adequada antes da realização do seu exame. Por favor, assinale aqueles que lhe dizem respeito:

	SIM	NÃO	NÃO SEI
Marca passo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroestimuladores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia Craniana ou clipe em vaso sanguíneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula Cardíaca (prótese metálica), Cirurgia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eletrodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia de ouvido / implantes no ouvido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bomba de insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia dos olhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragmentos metálicos na cabeça, nos olhos ou na pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placas metálicas, pinos, parafusos, fios, cliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já trabalhou ou trabalha com metal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiência física. Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claustrofobia (não consegue ficar em lugares fechados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidez, ou possibilidade de estar grávida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência renal ou hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários:

---

---

2º) A duração do exame de Ressonância Magnética pode variar de 10 minutos a 1 hora.

3º) Durante este período você deve permanecer deitado de costas, imóvel. Se você considera que esta posição possa causar - lhe problemas, comunique a quem estiver lhe atendendo.



**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

1º) Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter discutido e analisado com a equipe técnica os principais riscos e complicações de exames específicos à minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura.

2º) Consinto, portanto, que a equipe médica do CENTRO DE IMAGEM realize o(s) procedimento(s) e permito que 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.

3º) 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.

(  ) **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 \_\_\_\_\_