

ETIQUETA

Por este instrumento particular, o(a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu(sua) responsável, Sr.(a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente nos termos do artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor), que autoriza este Hospital a realizar os procedimentos e demais condutas necessárias ao procedimento, inclusive com o auxílio de outros profissionais de saúde, quando indicado. Declara, ainda, que, em observância aos artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) e ao artigo 9º do Código de Defesa do Consumidor, recebeu informações claras, suficientes e acessíveis acerca do procedimento, encontrando-se plenamente esclarecido(a) para manifestar seu livre e informado consentimento.

**DEFINIÇÃO**

Para a realização do exame será necessário a utilização de **CONTRASTE ENDOVENOSO**, isto se fará através da injeção endovenosa de medicação líquida e incolor. Sua eliminação do organismo é através dos rins, podendo assim a urina ficar com uma cor escura.

**ESCLARECIMENTOS PRELIMINARES**

Os(as) profissionais responsáveis informaram, de forma clara, completa e compreensível, que:

- Foram discutidos métodos diagnósticos e terapêuticos alternativos;
- O procedimento proposto foi considerado a conduta mais adequada ao meu caso;
- Foram explicados, em linguagem apropriada, os objetivos, etapas e natureza do procedimento.

**Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos(as) profissionais envolvidos(as), e estou satisfeito(a) com as informações recebidas.**

**CIÊNCIA SOBRE BENEFÍCIOS, RISCOS E DESCONFORTOS**

Declaro que li, ou me foi lido, o conteúdo deste termo que descreve detalhadamente riscos, desconfortos e possíveis complicações inerentes ao procedimento;

Compreendi que nenhum tratamento garante cura absoluta e que sua evolução pode variar conforme minha condição clínica;

Como todo procedimento médico, possui riscos à saúde do paciente, sendo que, nesse caso existem possíveis riscos e complicações mais comuns, como:

- Coceira, espirros, edema de glote, choque e parada cardiorrespiratória.

O procedimento poderá apresentar maiores complicações em razão de patologia ou circunstância que coloque em risco a saúde do paciente, cabendo ao paciente informar esta condição ao(a) profissional médico(a) e ao Hospital no momento da assinatura do presente termo.

**QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME**

O questionário abaixo deve ser preenchido com o máximo de precisão e sinceridade, sendo fundamental para que a equipe assistencial do Hospital proporcione segurança ao serviço, evitando qualquer dano à saúde do paciente:

**DIREITO À INFORMAÇÃO E À REVOGAÇÃO**

Fui informado(a) de que:

- Tenho direito de acesso aos documentos médicos e financeiros relativos ao procedimento;
- Posso revogar este consentimento a qualquer momento, antes ou durante o procedimento, sem prejuízo, penalidade ou perda de direitos assistenciais.

**INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE** A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

|                                                                                                                                                                                                     |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Já utilizou contraste endovenoso durante a tomografia computadorizada?                                                                                                                              | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Quando fez este exame teve alguma reação alérgica ao contraste?<br>Em caso positivo, qual?                                                                                                          | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Havia usado preparo antialérgico?                                                                                                                                                                   | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Paciente possui insuficiência renal (realiza/realizou hemodiálise)?                                                                                                                                 | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Paciente tem diabetes ou usa Metformina ou Glifage?<br>Em caso positivo, suspender medicamento no dia do exame e 48 horas após a realização do exame (conforme avaliação do seu médico assistente). | ( ) SIM ( ) NÃO |
| No caso de paciente mulher, há suspeita de gravidez?                                                                                                                                                | ( ) SIM ( ) NÃO |

#### ORIENTAÇÕES MÉDICAS

Caso haja qualquer efeito colateral que persista por mais de 48 (quarenta e oito) horas após o procedimento, o paciente deve procurar o profissional que realizou o procedimento e, na impossibilidade de localizá-lo, recorrer a um sistema de saúde emergencial, levando consigo toda a documentação envolvendo o procedimento médico realizado.

Este documento não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou possíveis, mas apenas os mais frequentes, podendo, eventualmente serem relatados outros efeitos colaterais, que deverão ser levados ao conhecimento do médico imediatamente.

**DECLARA** ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

**DECLARA**, igualmente, estar ciente de que o procedimento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Por fim, **DECLARA** ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Ijuí (RS) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ass. Paciente e/ou Responsável

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

RG/CPF: \_\_\_\_\_

Ass. Profissional Responsável

Carimbo: