

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 E ORIENTAÇÕES

O procedimento designado “EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA” utiliza um alto campo magnético associado a ondas de radiofrequência para a aquisição das imagens, razão pela qual requer cuidados especiais para a sua realização e para a segurança dos pacientes.

O exame de Ressonância Magnética pode necessitar de injeção de contraste (gadolínio) em uma veia do meu corpo, para a finalidade de realçar tecidos e fornecer importantes informações diagnósticas.

Em decorrência do elevado campo magnético e do uso de radiofrequência, é vedado o uso de objetos metálicos (chaves, grampos de cabelo, piercings, botões metálicos nas roupas, muletas, etc), devido o risco de atração do equipamento, acidentes e falhas na aquisição das imagens.

Quando indicado por profissional médico habilitado, o paciente deverá fazer uso de medicações pré-estabelecidas, à base de corticosteróides e/ou anti-histamínicos, visando minimizar os riscos do exame.

A duração do exame de Ressonância Magnética pode variar de 10 (dez) minutos a 1 (uma) hora, período em que o paciente deverá permanecer deitado e imóvel.

Em razão das condições de uso e de segurança do equipamento, o limite de peso para a realização da Ressonância Magnética é de 160kg (cento e sessenta quilos).

### 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:

- Reação alérgica (quando utilizada injeção de contraste gadolínio), mal-estar, náuseas, vômitos, espirros, vermelhidão passageira pelo corpo, queda de pressão, sensação de

aperto no peito, problemas respiratórios, taquicardia, e, em casos extremos, risco de vida.

- Quando necessária a injeção de contraste gadolínio em veia do corpo para a realização do exame, o paciente poderá sentir gosto metálico, sensação de aquecimento, náusea, reações alérgicas, coceira, espirros, inchaço nos olhos ou respiração difícil, existindo o risco de extravasar o líquido por rompimento de veia sanguínea, podendo gerar dores, desconforto, irritação, hematomas, vermelhidão ou queimaduras no local da aplicação.

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 DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

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 a 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

|                                                                                   |         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| O PACIENTE POSSUI MARCAPASSO CARDÍACO?                                            | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI DESFIBRILADOR CARDÍACO?                                         | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI ESTIMULADOR NA COLUNA VERTEBRAL?                                | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI NEUROESTIMULADOR?                                               | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI PESO SUPERIOR A 130KG?                                          | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI TATUAGEM FEITA A MENOS DE 3 MESES, CÍLIOS POSTIÇOS OU MEGAHAIR? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI DEFICIÊNCIA FÍSICA?<br>EM CASO POSITIVO, INFORME:               | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI IMPLANTES NO OUVIDO?                                            | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI PLACAS METÁLICAS, PINOS, PARAFUSOS, FIOS, CLIPES OU SIMILARES?  | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI VÁLVULA CARDÍACA (PRÓTESE METÁLICA)?                            | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI FRAGMENTOS METÁLICOS NO CORPO OU TRABALHO COM METAL?            | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA?                                         | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI INSUFICIÊNCIA RENAL?                                            | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI DIU (DISPOSITIVO INTRA-UTERINO)?                                | ( ) SIM | ( ) NÃO |

|                                                                                  |         |         |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| O PACIENTE POSSUI ELETRODOS IMPLANTADOS NO CORPO?                                | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI PRÓTESE DENTÁRIA OU APARELHO ORTODÔNTICO?                      | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE POSSUI ALERGIAS?<br>EM CASO POSITIVO, INFORME:                        | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE REALIZOU CIRURGIA<br>BARIÁTRICA/CRÂNIO/OUVIDOS/COLUNA/OLHOS/CARDÍACA? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| A PACIENTE ESTÁ GRÁVIDA?                                                         | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE É CLAUSTROFÓBICO (MEDO DE AMBIENTES FECHADOS)?                        | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| O PACIENTE FAZ USO DE MEDICAMENTOS?<br>EM CASO POSITIVO, INFORME:                | ( ) SIM | ( ) NÃO |

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.

### 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: \_\_\_\_\_