

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

O exame de Ressonância Magnética utiliza um alto campo magnético associado a ondas de radiofrequência para a aquisição das imagens e requer cuidados especiais tanto para a sua realização como para a segurança dos pacientes. Em decorrência desse elevado campo magnético, **objetos metálicos (relógios, chaves, moedas, correntes, grampos de cabelo, brincos, anéis, piercings, botões metálicos nas roupas, etc) devem ser previamente retirados**, pois podem ser atraídos pelo equipamento. Portanto, **a entrada na sala com esses objetos é proibida. Cartões de crédito também são danificados pelo equipamento.** Relacionamos abaixo alguns itens que deverão ser preenchidos de maneira adequada antes da realização do exame. Por favor, assinale aqueles que lhe dizem respeito.

	Data de Nascimento	/	/	Peso	Idade
1. Motivo do exame:					
2. Possui marcapasso cardíaco?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
3. Foi operado alguma vez? Do quê?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
4. Tem algum metal no corpo?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
5. Tem derivação ventricular (DVP)?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
6. Possui clipe de aneurisma ou prótese em vasos?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
7. Tem válvula cardíaca? Tipo	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
8. Possui bomba de infusão (quimioterapia / insulina)?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
9. Tem implantes (coclear / mamário / parafuso / placa)?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
10. Tem metal devido a acidente (fragmento / projétil)?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
11. Já teve acidente grave?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
12. Trabalha com metal (serralheria / fundição)?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
13. Possui tatuagem?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
14. Possui maquiagem permanente?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
15. Tem reação alérgica a medicamentos?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	
16. Se for mulher, está grávida? DUM (Data da última menstruação):	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	/ /
17. Tem insuficiência renal?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	

Eu \_\_\_\_\_, RG/CPF \_\_\_\_\_

autorizo a realização do exame de Ressonância que foi solicitada por meu médico e declaro que:

1) estou ciente de que o exame de Ressonância Magnética é um procedimento diagnóstico no qual o(a) paciente é colocado(a) em um forte campo magnético, onde ondas de radiofrequência são enviadas aos tecidos no interior do corpo. Os "ecos" retornantes são transformados em imagens das estruturas internas do corpo através de um computador;

2) estou ciente de que eventualmente, poderá ser administrado um meio de contraste paramagnético (gadolinio). Em poucos pacientes pode ocorrer uma reação adversa ao contraste incluindo náusea, cefaleia, urticária, coceira e vômito. Muito raramente, podem ocorrer complicações mais sérias ou reação anafilática. Os médicos e demais funcionários do setor estão treinados para reconhecer as eventuais reações e tratá-las de imediato;

3) li e entendi as informações acima mencionadas, tendo recebido as explicações necessárias;

4) autorizo a equipe do setor de Ressonância Magnética a realizar o procedimento na forma como foi exposto no presente termo.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente e/ou Responsável

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura Médico

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