

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. Requer cuidados especiais para a sua realização e 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 proibido. Cartões de créditos 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.

1) Possui marcapasso cardíaco?	() Sim	() Não
2) Foi operado alguma vez?	() Sim	() Não
3) Tem algum metal no corpo?	() Sim	() Não
4) Derivação ventricular (DVP)?	() Sim	() Não
5) Clipe de aneurisma, prótese em vasos?	() Sim	() Não
6) Válvula cardíaca? Tipo?	() Sim	() Não
7) Bomba de infusão (quimioterapia/insulina)?	() Sim	() Não
8) Implantes (coclear/mamário/parafuso/placa)?	() Sim	() Não
9) Metal devido a acidente (fragmento/projétil)?	() Sim	() Não
10) Já teve acidente grave?	() Sim	() Não
11) Trabalha com metal (serralheria/fundição)?	() Sim	() Não
12) Possui tatuagem?	() Sim	() Não
13) Possui maquiagem permanente?	() Sim	() Não
14) Tem reação alérgica a medicamentos?	() Sim	() Não
15) Em caso de mulher: está grávida?	() Sim	() Não
DUM (data da última menstruação) ____/____/____		
16) Está amamentação?	() Sim	() Não
17) Tem insuficiência renal?	() Sim	() Não

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização do exame de Ressonância que foi solicitado por meu médico e declaro que:

- 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.

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

- Existe a possibilidade de reação inflamatória ao longo das veias utilizadas como via de acesso, extravasamento de contraste e lesões de pele no local da injeção. Muito raramente pode ocorrer síndrome compartimental e necessidade de descompressão cirúrgica.

- Li e entendi as informações acima mencionadas, tendo recebido as explicações necessárias.

- Autorizo a equipe do setor de Ressonância Magnética a realizar o procedimento na forma como foi exposto no presente termo.

_____, ____ de _____ de 20____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico

Nome: _____

RG/CPF: _____