

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO DE CONTRASTE IODADO**

A injeção endovenosa de um contraste iodado permite melhor visualização dos órgãos internos. Os contrastes têm sido utilizados há muito tempo e são considerados bastante seguros.

Ocasionalmente pode ocorrer reação alérgica ao contraste, podendo ser leves como presença de urticárias, ou mais raramente pode ocorrer uma reação séria ao contraste, como edema de laringe, espasmo brônquico e parada cardio respiratória (1 caso em 400.000). 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. A equipe de saúde está preparada para o atendimento de tais reações.

Qualquer dúvida será esclarecida por qualquer pessoa da nossa equipe multidisciplinar.

1) Você tem algum tipo de alergia? Qual?	( ) Sim	( ) Não
2) Já utilizou contraste iodado endovenoso ou por via oral?	( ) Sim	( ) Não
3) Já apresentou reação alérgica ao utilizar contraste iodado?	( ) Sim	( ) Não
4) Já apresentou alergia a medicamentos iodados por via oral ou cutânea (iodo, xarope para tosse tipo iodeto de potássio)?	( ) Sim	( ) Não
5) Tem alergia a alimentos? Quais?	( ) Sim	( ) Não
6) Tem alergia de pele (urticária)?	( ) Sim	( ) Não
7) Apresenta asma brônquica?	( ) Sim	( ) Não
8) Foi operado alguma vez? Do quê?	( ) Sim	( ) Não
9) É diabético?	( ) Sim	( ) Não
10) Faz uso de metformina? Suspensa em ____/____/____	( ) Sim	( ) Não
11) É cardíaco?	( ) Sim	( ) Não
12) Está grávida?	( ) Sim	( ) Não
13) DUM (Data da última menstruação) ____/____/____		
14) Está amamentando?	( ) Sim	( ) Não
15) Tem doença renal grave? Qual?	( ) Sim	( ) Não
16) Existe alguma orientação do seu médico para que você não utilize contraste iodado? Qual?	( ) Sim	( ) Não
17) Possui problemas de hipertireoidismo?	( ) Sim	( ) Não
18) Fez preparo anti alérgico?	( ) Sim	( ) Não
19) Peso		

**AUTORIZAÇÃO**

Declaro estar ciente das possíveis complicações inerentes ao procedimento e autorizo o uso de contraste, para realização de exame radiológico.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Ass. Médico

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

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

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

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