



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Pelo presente termo eu, (nome completo)

Paciente
 Responsável (Grau de parentesco e nome do(a) paciente _____),
(nacionalidade) _____, (estado civil) _____, portador da Cédula
de Identidade nº _____ inscrito no CPF sob o nº _____,
residente e domiciliado no endereço _____,
_____, declaro para os devidos fins de direito que:

1. Fui informado(a) pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____,
CRM/DF nº _____, de que, para diagnóstico preciso para meu tratamento,
faz-se necessária a realização de exame de ressonância magnética que poderá, inclusive,
necessitar de aplicação de contraste que pode ser via oral ou intravenoso.

2. Recebi de meu médico, supra identificado, todas as explicações necessárias das
alternativas de tratamento propostas, sendo devidamente esclarecido(a) e informado(a)
sobre as vantagens, desvantagens e riscos dos métodos possíveis, bem como entendo que
não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, conforme Anexo I.

3. Após os esclarecimentos que me foram prestados, optei pela realização do exame de
ressonância magnética ora autorizado, com o qual concordo em ser submetido e autorizo
o(a) médico(a) acima e demais profissionais por ele(a) selecionados, a realizarem os
procedimentos necessários à realização do exame, comprometendo-me a seguir a todas as
instruções pré e pós exame necessárias ao meu restabelecimento, que constarão em
prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento.

4. Sou sabedor(a) que devo informar ao meu médico assistencial e à equipe por ele indicada,
antes da realização do exame, TODOS os medicamentos que estou utilizando, pois muitos
podem causar problemas no período intra e pós exame, bem como TODOS os medicamentos
que não posso usar.

5. Também fui informado(a) que os exames de ressonância magnética, independente de
todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser
utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras
imprevisíveis, inclusive após a sua realização, razão pela qual autorizo a equipe médica a
realizar, nesses casos, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou
cura dessa ou de outra patologia.

6. No caso específico do exame indicado para o meu diagnóstico, fui informado(a) sobre as
complicações mais freqüentes, as quais me foram explicadas pelo(a) médico(a) e equipe
responsável pela realização do exame, tendo compreendido seus significados. Estou ciente
de que seria impossível para o(a) médico(a) me descrever TODAS as complicações e/ou
riscos possíveis de acontecer no exame que me esta sendo proposto, mas que fui
informado(a) a respeito das situações mais freqüentes.



7. Da mesma forma, fui informado(a) que existem complicações associadas ao contraste intravenoso eventualmente necessário em meu exame, em razão do Gadolínio em sua composição. Essas reações podem ser leves (Vômitos, náuseas), moderadas (edema facial, broncoespasmo) ou graves (insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de morte). Mas, são incomuns com incidências que variam de 1 para cada 1.000.000, conforme Anexo.

8. Igualmente sou sabedor(a) de que, apesar da capacidade técnica e dos esforços da equipe assistencial, não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado deste exame.

9. Consinto, portanto à equipe assistencial a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realizará o(s) exame(s).

10. Informo também o recebimento de uma cópia deste documento para poder, a qualquer momento, esclarecer eventuais dúvidas antes da realização do(s) procedimento(s) indicado(s).

Brasília, ____/____/____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Brasília, _____ de _____ de _____

Médico, CRM Nº

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

REVOGAÇÃO: BSB, ____/____/____ HORA: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

ANEXO

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

- O QUE É RESSONÂNCIA MAGNÉTICA?

É o exame que utiliza ondas eletromagnéticas não ionizantes para a geração de imagens. Para realização do seu exame pode ser necessário a utilização do meio de contraste endovenoso para melhor definição das imagens.

- O QUE É CONTRASTE?

Os contrastes na ressonância magnética são substâncias que contêm Gadolínio em sua composição e a avaliação da necessidade do uso do contraste é feita individualmente, baseado na indicação clínica e estruturas a serem estudadas.

- RISCOS DO CONTRASTE ENDOVENOSO

O uso do contraste é considerado um procedimento seguro e suas reações adversas são raras. Classificam-se em leves (Vômitos, náuseas), moderadas (edema facial, broncoespasmo) ou graves (insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de morte). Mas, são incomuns com incidências que variam de 1 para cada 1.000.000.

Podem ainda, ter possibilidade de apresentar algumas reações inflamatórias ao longo das veias utilizadas, assim como de ocasionais extravasamentos, situações essas raras mas que a equipe de saúde e o hospital estão preparados para atender os pacientes que apresentarem tais reações.

- TEMPO DE EXAME:

É um exame que dura, em média, 30 minutos, podendo ultrapassar esse prazo caso seja necessário repetir alguma parte do exame.

- DÚVIDAS E COMPLICAÇÕES

Caso ainda tenha dúvida sobre o exame, você poderá entrar em contato com a equipe de enfermagem da unidade do Centro de Diagnóstico de Imagem - CDI das 8hs às 17hs, de segunda a sexta-feira. É importante que você informe ao seu médico se ocorrer dos sintomas supra descritos. Em caso de emergência procure o serviço de emergência do Hospital Santa Luzia que conta com recurso de médico.