



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

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 tomografia computadorizada 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
tomografia computadorizada 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 tomografia computadorizada, 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 lodo 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 _____

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

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)