

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Por este instrumento, eu declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico (a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

MN - PET/CT

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Procedimento: ☐ PET/CT Oncológico com FDG[F18]
☐ PET/CT Neurológico com FDG [F18]
☐ PET/CT para infecção com FDG [F18]
☐ PET/CT com PSMA [F18]

O que é o estudo de PET/CT com FDG[F18]?
O radiofármaco FDG[F18] é glicose marcada com um elemento radioativo (flúor-18). Depois da administração deste composto, o mesmo irá se concentrar nas áreas onde existe consumo de glicose. O aparelho de PET consegue enxergar a localização do flúor-18 dentro do corpo humano.

O estudo de PET/CT com FDG[F18] pode ser utilizado para identificar e caracterizar tumores e processos de natureza inflamatória, devido às suas altas demandas metabólicas e consumo elevado de glicose.

É também utilizado para avaliação de doenças neurológicas, principalmente de origem neurodegenerativas, devido diferenças em consumo de glicose em algumas áreas do cérebro.

Como é feito o estudo de PET/CT com FDG[F18]?
Nesse exame se administra por via endovenosa o FDG[F18]. Depois de um período de espera de aproximadamente 60 minutos são realizadas no mesmo aparelho imagens da distribuição do radiofármaco (PET), seguidas de imagens de tomografia computadorizada (CT). Na maior parte dos casos as imagens incluem as regiões da cabeça e do tronco. Havendo indicação clínica, o estudo poderá ser complementado com imagens tardias após uso de medicações como por exemplo diuréticos. Comumente, principalmente em idosos e crianças, se faz necessário posicionamento no equipamento com uso de faixas de segurança, específicas para garantir a qualidade da imagem e evitar eventos adversos relacionados a quedas.

O que é o estudo de PET/CT com PSMA[F18]?
O radiofármaco PSMA[F18] é uma molécula específica para avaliação de neoplasia de próstata marcada com um

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

elemento radioativo (flúor-18). Depois da administração deste composto, o mesmo irá se concentrar nas áreas onde existe ligação específica do material. O aparelho de PET consegue enxergar a localização do material dentro do corpo humano.

O estudo de PET/CT com PSMA [F18] pode ser utilizado para identificar e caracterizar tumores de origem prostática, devido às suas altas avides ao material utilizado.

Como é feito o estudo de PET/CT com PSMA[F18]? Nesse exame se administra por via endovenosa o PSMA[F18]. Depois de um período de espera de aproximadamente 60 minutos são realizadas no mesmo aparelho imagens da distribuição do radiofármaco (PET), seguidas de imagens de tomografia computadorizada (CT). Na maior parte dos casos as imagens incluem as regiões da cabeça e do tronco. É comum o estudo ser complementado com imagens tardias após uso de medicações (diuréticos).

Comumente, principalmente em idosos e crianças, se faz necessário posicionamento no equipamento com uso de faixas de segurança, específicas para garantir a qualidade da imagem e evitar eventos adversos relacionados a quedas.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Auxílio diagnóstico e acompanhamento de resposta terapêutica, com potencial mudança de conduta nos tratamentos propostos.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Outros métodos de imagem. A não realização do exame pode interferir na decisão médica em relação ao diagnóstico e tratamento da doença de base. Salienta-se que o paciente ou responsável pode suspender a realização do exame a qualquer momento caso se sinta desconfortável ou inseguro em relação ao procedimento, respeitando o poder de decisão e autonomia do paciente.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

O estudo de PET/CT tem um excelente perfil de segurança. As doses de radiação pela injeção do radiofármaco e pela aquisição da CT são baixas, não havendo chances de reações adversas agudas pela exposição à radiação.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Nossa equipe é comprometida com as melhores práticas médicas e utilizaremos protocolos para minimizar a exposição à radiação e garantir um exame de boa qualidade técnica. O risco teórico da radiação ionizante é muito maior para fetos e recém-nascidos. Mulheres grávidas, com suspeita de gravidez ou amamentando devem informar a equipe médica do centro de medicina nuclear antes da marcação do exame.

Não existe relato de efeitos colaterais graves pela administração do radiofármaco.

Na eventualidade de uma reação alérgica, a equipe médica estará disponível para tratar os sintomas.

Um evento adverso comum está associado à punção venosa periférica que é necessária para a administração do radiofármaco. A nossa equipe é qualificada e usará todos os cuidados preconizados, mas ocasionalmente dor, vermelhidão e flebite (inflamação) podem ocorrer no local da injeção.

Como a administração adequada do radiofármaco é essencial para a qualidade do exame, é possível que seja necessário mais de uma tentativa de punção para garantir um bom acesso venoso.

Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo de procedimento, da boa técnica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Fui devidamente informado (a) que, apesar de ser uma situação muito pouco frequente, existe a possibilidade de que o material radioativo não seja fornecido na data agendada para o meu tratamento, sendo necessário agendar uma nova data para realizar a dose terapêutica e/ou meu exame, caso esse fato aconteça. O fornecedor é o único existente no país e é o que abastece todas as instituições que realizam terapias com radiofármacos. Esse transtorno geralmente ocorre sem aviso prévio para a instituição e é totalmente alheio à vontade do hospital. Sendo assim, afirmo que estou ciente de que o Hospital São Rafael fará o que for possível para tentar minimizar o ocorrido, porém não será responsável por transtornos decorrentes do não fornecimento do material radioativo na data pré-agendada e nem arcará com custos de qualquer natureza relacionados a tal fato, como gastos com transporte, alimentação específica, hospedagem etc.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Não há necessidade de cuidados especiais após o exame. A dieta proposta em preparo pode ser suspensa.

Orientações adicionais de reabilitação:

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

Esta autorização é dada ao/à médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s).

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

--

[] SIM [] NÃO - Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

--

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

_____	OU	_____
Paciente		Responsável
		<i>Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento</i>
		Nome: _____
		RG: _____ Parentesco: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: __/__/__

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**