

CONSENTIMENTO INFORMADO

TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA SEM/COM CONTRASTE

1 - DIAGNÓSTICO E/OU DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA

2 – DESCRIÇÃO DO ATO/INTERVENÇÃO, SUA NATUREZA E OBJECTIVO

A Tomografia Computadorizada (TC) é um método de imagem que envolve o uso de radiação ionizante (raios x) para produzir imagens, de interesse médico, da parte do corpo que se quer estudar. Será deitado numa mesa que passará através duma máquina em forma de anel que adquirirá as imagens. O exame é indolor. Durante o exame poderá ter que sustentar a respiração e ficar imóvel durante curtos períodos de tempo. Pode ser necessária a injeção de contraste iodado numa veia; é um líquido transparente, incolor, que será eliminado do seu corpo pelos rins e não vai alterar o aspeto da urina.

3 – BENEFÍCIOS

Este exame produz uma imagem detalhada de várias estruturas dentro do corpo e permite, por isso, auxiliar na orientação clínica, na chegada a um diagnóstico correto e na decisão terapêutica.

4 – RISCOS GRAVES E RISCOS FREQUENTES

Radiação: A dose de radiação usada na tomografia computadorizada é controlada de forma a garantir a menor dose possível. No entanto, a exposição à radiação ionizante está ligada a um risco ligeiramente maior de vir a desenvolver cancro no futuro. Este risco é, contudo, extremamente baixo. Devido ao potencial teratogénico, este exame é habitualmente evitado em mulheres grávidas.

Contraste Iodado: Os riscos mais comuns da sua utilização prendem-se com o local de administração deste contraste na veia e incluem dor ligeira, hematoma e infeção. Ocasionalmente os doentes podem desenvolver reações alérgicas leves com prurido, espirros e erupção cutânea. Reações vasovagais são relativamente comuns e são caracterizadas por hipotensão com bradicardia, sendo a maioria delas leves e autolimitadas; a hipotensão severa pode, muito raramente, causar perda de consciência e colapso cardiovascular. A reação anafilática ocorre muito raramente (1:10,000) e é grave, potencialmente fatal, mas o pessoal médico presente está treinado para a tratar. O risco de morte existe mas é muito reduzido (1:100,000).

5 – ATOS/INTERVENÇÕES ALTERNATIVAS FIÁVEIS E CIENTIFICAMENTE RECONHECIDAS

A Ecografia (com ultrassons) e a Ressonância Magnética (campo magnético) são dois dos exames de imagem que podem ajudar a estudar as regiões anatómicas de interesse mas, em muitos casos, a Tomografia Computadorizada produz imagens mais relevantes e que podem ajudar melhor na orientação clínica, diagnóstica e terapêutica.

6 – RISCOS DO NÃO TRATAMENTO

A não realização do exame pode impedir os médicos de chegar a um diagnóstico correto ou não esclarecer a sua situação clínica, pelo que pode posteriormente não receber o tratamento ótimo para a sua condição.

CONSENTIMENTO INFORMADO

TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA SEM/COM CONTRASTE

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: _____
Nº de cédula profissional ou nº mecanográfico: _____
Contacto institucional do profissional de saúde: _____
Data: ___/___/___

À Pessoa/representante: Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

*Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (**riscar o que não interessa**) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.*

Nome: | _____ |

Data: ___/___/___ Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME: | _____ |

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º _____ DATA OU VALIDADE ___/___/___

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____

Autorizo o registo e a utilização das imagens, assim como de outra documentação, para revisão ou formação de profissionais após serem devidamente **anonimizados de forma irreversível.**

Nome: | _____ |

Data: ___/___/___ Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima):

NOME: | _____ |

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º _____ DATA OU VALIDADE ___/___/___

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.