



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Uso de Contraste em Procedimentos Radiológicos



ETIQUETA DO PACIENTE

Na realização do exame solicitado pelo seu médico, poderá ser necessária a utilização de uma substância contrastante iodada para melhorar a definição das imagens e, conseqüentemente, melhorar a informação diagnóstica. Contrastes são substâncias injetadas por via venosa para realização de alguns exames, pois melhoram a visualização anatômica e a identificação de eventuais anormalidades importantes, caso elas existam, e assim auxiliar na investigação de inúmeras doenças, podendo ser usados em diversos procedimentos de radiologia intervencionista.

Na maioria das vezes, a injeção de contraste é um procedimento sem complicações, mas que, como todo procedimento invasivo, possui riscos associados. Durante a aplicação da injeção ou após, o paciente poderá sentir um gosto metálico, náuseas e eventualmente uma sensação de calor, provavelmente iniciando na face e cabeça e depois em outras partes do corpo. Estas sensações duram um curto período de tempo e, quando ocorrem, são geralmente bem toleradas.

Podem ocorrer reações alérgicas de leves a moderadas, tais como prurido (coceira), espirros, edema nos olhos ou sibilos (um chiado no peito proveniente dos brônquios), e raramente podem ocorrer reações mais graves, como: edema de laringe, diminuição da pressão arterial, síncope, reações cardiovasculares e renais, dependendo do grau de sensibilidade individual. Diante de eventuais ocorrências de reações ao contraste, nossa equipe possui treinamento para reconhecer e iniciar tratamento adequado.

Nos procedimentos de radiologia intervencionista existe a possibilidade de haver reação inflamatória ao longo das veias utilizadas como via de acesso, devido aos volumes de contraste injetados, assim como poder haver o extravasamento do contraste, o que pode gerar lesões de pele no local da injeção.

Este questionário tem por objetivo identificar os pacientes alérgicos ou potencialmente alérgicos a contraste, bem como levantar as características do paciente que estejam associadas a um maior ou menor risco de reações adversas, e que necessitem, eventualmente, de cuidados específicos.

QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA DE PACIENTES ALÉRGICOS OU POTENCIALMENTE ALÉRGICOS

1. Você tem algum tipo de alergia? Qual? _____ () Sim () Não () Não sei
2. Já utilizou contraste iodado endovenosamente ou por via oral? _____ () Sim () Não () Não sei
3. Já apresentou reação alérgica ao utilizar contraste iodado? _____ () Sim () Não () Não sei
4. Já apresentou alergia a medicamentos iodados por via oral ou cutânea (iodo, xarope para tosse tipo iodeto de potássio)? _____ () Sim () Não () Não sei
5. Tem alergia a alimentos? Quais? _____ () Sim () Não () Não sei
6. Tem alergia de pele (urticária)? Qual? _____ () Sim () Não () Não sei
7. Apresenta asma brônquica? _____ () Sim () Não () Não sei
8. Foi operado alguma vez? Do quê? _____ () Sim () Não () Não sei
9. É diabético? _____ () Sim () Não () Não sei
10. Faz uso de metformina? Suspenso em: ____/____/____ () Sim () Não () Não sei
11. Tem doença cardíaca? _____ () Sim () Não () Não sei
12. Está grávida? _____ () Sim () Não () Não sei
13. DUM (Data da Última Menstruação: ____/____/____)

14. Tem doença renal? () Sim () Não () Não sei

Qual? _____ Valor da Creatinina: _____

15. Existe alguma orientação do seu médico para que você não utilize contraste iodado? () Sim () Não () Não sei

Qual? _____

16. Possui problemas de tireóide? () Sim () Não () Não sei

17. Possui bócio? () Sim () Não () Não sei

Por meio deste documento, eu _____

_____ (nome completo), () paciente () responsável¹,

portador(a) do RG _____, declaro que:

1-Aceito e consinto na realização do procedimento com uso de contraste;

2-Estou ciente e fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a) quanto à importância, aos benefícios, às alternativas e aos riscos de eventuais complicações do procedimento;

3-Recebi todas as explicações sobre o procedimento e tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, bem como houveram esclarecimentos sobre as consequências de não realizá-lo;

4-Estou ciente de que poderei apresentar reações de menor ou maior intensidade, tais como: prurido, espirros, edema nos olhos, e raramente edema de laringe, diminuição da pressão arterial, síncope, reações cardiovasculares e renais;

5-Estou ciente de que apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos em sua realização, não existe garantia absoluta nos resultados a serem obtidos e que poderão surgir situações não diagnosticadas pelo presente exame, imprevisíveis ou fortuitas, que necessitem exames e tratamentos médicos específicos;

6-Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura

Eu, _____, CRM _____

atesto que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios e os riscos e do procedimento, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e confirmado, até o momento de sua realização.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Médico(a) / CRM