

Termo de Consentimento Radiologia



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO RADIOLOGIA

Eu, abaixo assino, declaro ter sido informado de que as substâncias existentes nos meios de contrastes radiológicos, podem determinar, desde reações leves urticariformes e náuseas, até reações mais severas como edema de laringe, espasmo brônquio e parada cardiorespiratória (PCR). Adicionalmente fui informado que, devido aos grandes volumes injetados do meio de contraste (principalmente em tomografia computadorizada), há possibilidade de reações inflamatórias ao longo das veias utilizadas, assim como de ocasionais extravasamentos.

Declaro, outrossim, que me submeto de forma voluntária ao exame requisitado, face a necessidades diagnósticas do meu estado clínico.

Colatina, ES, ____ de ____ de ____

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

- 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.

Colatina-ES, ____ de ____ de ____

Hora: _____

Médico, CRM

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: ES, ____/____/____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Termo de Consentimento Radiologia



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO RADIOLOGIA
