



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável

\_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a)

assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR sob

o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **RESSONANCIA MAGNETICA COM OU SEM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE**. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e

34 do Código de Ética e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o exame de imagem antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** O exame de Ressonância Magnética é um método de imagem que utiliza um forte campo magnético, ondas de rádio e computadores para obter imagens de interesse médico da área de seu corpo a ser estudada.

Para estudar de forma adequada a região a ser investigada, algumas vezes pode ser necessária a **INJEÇÃO DE CONTRASTE PARAMAGNÉTICO NA VEIA**. Agentes de contraste melhoram a visibilização de alguns tecidos do corpo, podendo ser importantes para obtenção do diagnóstico correto. Todos os contrastes utilizados em nossa instituição são aprovados pelos órgãos governamentais responsáveis e são considerados seguros, sendo utilizados amplamente em todo o mundo.

Riscos potenciais: sempre que for dada uma injeção, há possibilidade de sentir discreta dor, queimação, inchaço e sangramento / hematoma no local da injeção. Reações alérgicas aos agentes de contraste, embora raras, incluem urticária/coceira, dificuldade para respirar e/ou engolir. Muito raramente, pode haver casos de falência ou dano renal, ou mesmo reações fatais. Estudos comprovam que reações graves podem ocorrer em menor que 1 para 300.000. O hospital dispõe de condições para que eventuais reações possam ser prontamente tratadas.

É importante que o questionário abaixo seja respondido com o máximo de precisão, pois é necessário para a sua segurança. Caso o paciente seja menor, solicitamos ao responsável que preencha.

<b>Perguntas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Já fez algum exame radiológico com contraste iodado intravenoso ou no qual tenha sido feito injeção intravenosa antes de fazer o exame? Qual?		
O Sr(a) já teve alguma reação ou antecedentes de alergia?		
Tem alergia a algum alimento? (peixe, camarão, carne de porco, ovos, chocolates, etc .... )		
Tem alergia a iodo e/ou seus derivados?		
Fez ou faz tratamento de alguma doença? Qual?		
Tem asma, bronquite ou chiadeira?		
Toma remédio para diabetes? (glicoformin ou glifage – metformina)		
Toma Anticoagulantes? (Marevan ou Marcoumar)		
Já teve desmaios ou epilepsia?		
Faz uso de marca-passo?		

Faz uso de próteses em geral?		
Possui clips de aneurisma?		
Possui <i>stent</i> cardíaco?		
Realizou cirurgias anteriores? (abdômen ou tórax)		
Portador de insuficiência renal?		
Qual a indicação do exame?		

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **RESSONANCIA MAGNETICA COM OU SEM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames de imagens, laboratoriais, cardiológicos e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG Nº	RG Nº
NOME	NOME

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.**  
**1ª via do Paciente.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável

\_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a)

assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR sob

o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **RESSONANCIA MAGNETICA COM OU SEM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE**. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e

34 do Código de Ética e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o exame de imagem antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** O exame de Ressonância Magnética é um método de imagem que utiliza um forte campo magnético, ondas de rádio e computadores para obter imagens de interesse médico da área de seu corpo a ser estudada.

Para estudar de forma adequada a região a ser investigada, algumas vezes pode ser necessária a **INJEÇÃO DE CONTRASTE PARAMAGNÉTICO NA VEIA**. Agentes de contraste melhoram a visibilização de alguns tecidos do corpo, podendo ser importantes para obtenção do diagnóstico correto. Todos os contrastes utilizados em nossa instituição são aprovados pelos órgãos governamentais responsáveis e são considerados seguros, sendo utilizados amplamente em todo o mundo.

Riscos potenciais: sempre que for dada uma injeção, há possibilidade de sentir discreta dor, queimação, inchaço e sangramento / hematoma no local da injeção. Reações alérgicas aos agentes de contraste, embora raras, incluem urticária/coceira, dificuldade para respirar e/ou engolir. Muito raramente, pode haver casos de falência ou dano renal, ou mesmo reações fatais. Estudos comprovam que reações graves podem ocorrer em menor que 1 para 300.000. O hospital dispõe de condições para que eventuais reações possam ser prontamente tratadas.

É importante que o questionário abaixo seja respondido com o máximo de precisão, pois é necessário para a sua segurança. Caso o paciente seja menor, solicitamos ao responsável que preencha.

Perguntas	Sim	Não
Já fez algum exame radiológico com contraste iodado intravenoso ou no qual tenha sido feito injeção intravenosa antes de fazer o exame? Qual?		
O Sr(a) já teve alguma reação ou antecedentes de alergia?		
Tem alergia a algum alimento? (peixe, camarão, carne de porco, ovos, chocolates, etc .... )		
Tem alergia a iodo e/ou seus derivados?		
Fez ou faz tratamento de alguma doença? Qual?		
Tem asma, bronquite ou chiadeira?		
Toma remédio para diabetes? (glicoformin ou glifage – metformina)		
Toma Anticoagulantes? (Marevan ou Marcoumar)		
Já teve desmaios ou epilepsia?		
Faz uso de marca-passo?		

Faz uso de próteses em geral?		
Possui clips de aneurisma?		
Possui <i>stent</i> cardíaco?		
Realizou cirurgias anteriores? (abdômen ou tórax)		
Portador de insuficiência renal?		
Qual a indicação do exame?		

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos a qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **RESSONANCIA MAGNETICA COM OU SEM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames de imagens, laboratoriais, cardiológicos e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG N°	RG N°
NOME	NOME

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.  
2ª via do Médico.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável

\_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a)

assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR sob

o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **RESSONANCIA MAGNETICA COM OU SEM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE**. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e

34 do Código de Ética e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o exame de imagem antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** O exame de Ressonância Magnética é um método de imagem que utiliza um forte campo magnético, ondas de rádio e computadores para obter imagens de interesse médico da área de seu corpo a ser estudada.

Para estudar de forma adequada a região a ser investigada, algumas vezes pode ser necessária a **INJEÇÃO DE CONTRASTE PARAMAGNÉTICO NA VEIA**. Agentes de contraste melhoram a visibilização de alguns tecidos do corpo, podendo ser importantes para obtenção do diagnóstico correto. Todos os contrastes utilizados em nossa instituição são aprovados pelos órgãos governamentais responsáveis e são considerados seguros, sendo utilizados amplamente em todo o mundo.

Riscos potenciais: sempre que for dada uma injeção, há possibilidade de sentir discreta dor, queimação, inchaço e sangramento / hematoma no local da injeção. Reações alérgicas aos agentes de contraste, embora raras, incluem urticária/coceira, dificuldade para respirar e/ou engolir. Muito raramente, pode haver casos de falência ou dano renal, ou mesmo reações fatais. Estudos comprovam que reações graves podem ocorrer em menor que 1 para 300.000. O hospital dispõe de condições para que eventuais reações possam ser prontamente tratadas.

É importante que o questionário abaixo seja respondido com o máximo de precisão, pois é necessário para a sua segurança. Caso o paciente seja menor, solicitamos ao responsável que preencha.

Perguntas	Sim	Não
Já fez algum exame radiológico com contraste iodado intravenoso ou no qual tenha sido feito injeção intravenosa antes de fazer o exame? Qual?		
O Sr(a) já teve alguma reação ou antecedentes de alergia?		
Tem alergia a algum alimento? (peixe, camarão, carne de porco, ovos, chocolates, etc .... )		
Tem alergia a iodo e/ou seus derivados?		
Fez ou faz tratamento de alguma doença? Qual?		
Tem asma, bronquite ou chiadeira?		
Toma remédio para diabetes? (glicoformin ou glifage – metformina)		
Toma Anticoagulantes? (Marevan ou Marcoumar)		
Já teve desmaios ou epilepsia?		
Faz uso de marca-passo?		

Faz uso de próteses em geral?		
Possui clips de aneurisma?		
Possui <i>stent</i> cardíaco?		
Realizou cirurgias anteriores? (abdômen ou tórax)		
Portador de insuficiência renal?		
Qual a indicação do exame?		

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada à oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **RESSONANCIA MAGNETICA COM OU SEM INJEÇÃO INTRAVENOSA DE CONTRASTE** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames de imagens, laboratoriais, cardiológicos e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Deve ser preenchido pelo médico assistente		
Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.		
Nome do médico _____	Assinatura _____	CRM _____



CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG N°	RG N°
NOME	NOME

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.  
3ª via do Hospital.**