

**CONSENTIMENTO INFORMADO E AUTORIZAÇÃO PARA INJEÇÃO DE CONTRASTE IODADO-
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA**

Para realização do seu exame, pode ser necessária a administração de contraste iodado pela via venosa, para melhor definição das imagens e, conseqüentemente, melhor informação diagnóstica. O uso de meios de contraste é considerado um procedimento seguro e suas reações adversas são raras. As reações adversas são classificadas em leves (náuseas, vômitos, urticárias, espirros e tosses entre outras), moderadas (edema facial e broncoespasmo, entre outras) ou grave (insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de vida). As reações adversas graves são extremamente incomuns com incidências que variam entre 1 para 100.000 a 1 para 400.000 exames contrastados realizados.

Como as reações adversas são mais frequentes em determinado grupo de pacientes, solicitamos que o (a) Sr (a) responda o questionário abaixo para que possamos avaliar seu grau de risco:

Nome: _____

Já fez algum exame que usasse contraste iodado (Arteriografia, tomografia computadorizada, cateterismo, ou urografia excretora)? () Sim () Não

Em caso afirmativo, houve alguma reação alérgica?

Qual? _____

Você tem algum tipo de alergia? () Sim () Não

Qual? _____

Você tem ou teve algumas destas doenças:

() asma/bronquite () diabetes () doença renal () doença cardíaca
() hipertensão arterial () outra doença: _____

Você toma algum remédio para diabetes?

() Glifage () Glucoformin () Metformin () Metfordin () Outros: _____

Obs: pacientes diabéticos que usem medicamentos com metformina, devem suspendê-los por 48 horas, se forem receber injeção venosa de contraste iodado.

Toma algum tipo de medicamento diariamente?

Qual? _____

Já foi operado? () sim () não

Data e tipo de cirurgia: _____

Esta grávida ou com suspeita de gravidez? () sim () não () não sei

Data da última menstruação ___/___/_____

Declaro que estou informado dos benefícios e eventuais risco do exame e:

() sim, concordo com a utilização de contraste iodado.

() não concordo com a utilização de contraste iodado.

Presidente Prudente, ___/___/_____

Assinatura do paciente ou responsável