

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ATOS MÉDICOS

Por favor leia este formulário cuidadosamente e exponha as suas dúvidas ou informações adicionais que necessite!

Informação:

A realização deste exame é necessária ao esclarecimento da sua doença, e pode necessitar de injeção intravenosa de uma substância que desperta por vezes algumas reações. Estas reações são quase sempre muito ligeiras (sensação de calor, mau sabor, etc..). Ainda que seja muito raro, podem acontecer reações mais graves que ponham em causa a vida. Podemos assegurar que dispomos de meios médicos para lhe dar assistência imediata no caso de ocorrer qualquer reação.

No sentido de reduzir a possibilidade de ocorrência e a gravidade das reações convidamos que nos informe se já teve alguma reação com qualquer substância injetada (que tenha sido ou não durante um exame radiológico) e que preencha o questionário da página seguinte. Se tiver qualquer dúvida deverá pedir-nos o devido esclarecimento médico.

Nome do Utente (a preencher pela Administrativa: colocar etiqueta):

Médico Responsável:

Assinatura do Utente ou Representante Legal (conforme documento de identificação):

Relação com Utente (se aplicável): _____ **Data:** __/__/____

Declaro que percebi e concordo com o que me foi proposto e explicado na informação acima referida e obtive os esclarecimentos que julguei necessários para consentir a realização do exame. Autorizo a realização dos atos médicos indicados, que sejam necessários no meu interesse próprio e justificados por razões clínicas.

Questionário para administração de Medicação / Substância Injetada

1 – Está grávida ou pretende engravidar?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
2 – Encontra-se em período de amamentação?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
3 – Já efetuou algum exame com Contraste Endovenoso?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
4 – Se respondeu “SIM” na questão 3, sofreu alguma reacção alérgica?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
5 – Sofre algum tipo de alergia?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
6 – Sofre de Doenças Cardíacas?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
7 – Já sofreu algum Enfarte Cardíaco?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
8 – Sofre de Angina de Peito?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
9 – Sofre de Bronquite Asmática?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
10 – Usa Broncodilatadores (spray) para falta de ar?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
11 – Tem Glaucoma?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
12 – Sofre de Doenças Renais?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
13 – Sofre de Diabetes?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
14 – Sofre de doenças da Tiróide (hipertiroidismo)?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
15 – Sofre de doenças graves como o Mieloma Múltiplo?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
16 – Tem Próteses Auditivas?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
17 – Tem Dispositivo Intrauterino?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
18 – Material de Osteosíntese?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
19 – Material de Ortodôncia?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
20 – Tem Próteses?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
21 – Tem corpos estranhos (balas, estilhaços,...)?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
22 – Trabalhador de Metais?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <input type="checkbox"/>
Declaro como verdadeiras as informações constantes neste questionário.	
Assinatura: _____	

A preencher pelo Médico / Técnico Radiologista / Enfermeiro

Produto Contraste: _____ **Lote:** _____ **Validade:** ____/____/____

Quantidade Administrada: _____ **Outros Fármacos Administrados:** _____

Reações adversas durante o Exame: Nenhuma Leve Moderada Grave

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____