

Informações Importantes:

O seu médico julgou que o exame de **histerossalpingografia com contraste** é importante para a definição do seu diagnóstico.

Para a realização deste exame, é necessária a administração de um contraste à base de **iodo** no interior da cavidade do útero, através da vagina. Como ocorre com qualquer tipo de medicamento, esse contraste pode, em raras ocasiões, provocar reações adversas como, por exemplo, alergia. Essas reações são, na grande maioria das vezes, leves e de fácil tratamento. No entanto, embora o risco seja pequeno, podem ocorrer reações graves e até mesmo fatais, o que é muito raro.

Embora seja impossível prever com certeza quem terá reação ao contraste, algumas informações podem alertar para uma situação de risco aumentado. Por isso, é necessário que todas as perguntas sejam respondidas com exatidão.

Amamentação e gravidez (confirmada ou suspeita) deverão ser comunicadas ao médico radiologista ou ao técnico em Radiologia antes da realização do exame.

Nome da paciente: _____

Peso aproximado: _____ Idade: _____ Data do exame: ____ / ____ / ____

Você já utilizou contraste à base de IODO em algum exame (tomografia, urografia excretora, cateterismo cardíaco, arteriografia etc.)?

() Sim () Não () Não sei. Qual(is) exame(s)? _____

Apresentou alguma reação a esse contraste?

() Sim () Não Explique como foi essa reação: _____

Já usou algum remédio que fez empolar o corpo, inchar os olhos ou “fechar” a garganta?

() Sim () Não Qual(is)? _____

Tem ALERGIA a alimentos como camarão, peixes de água salgada, frutos do mar ou agrião?

() Sim () Não () Nunca comi.

Você tem asma ou bronquite?

() Sim () Não () Só tive quando criança.

Faz uso de “bombinha”?

() Sim () Não Qual? _____

No momento, você está com algum tipo de alergia (alergia de pele, rinite alérgica, asma etc)?

() Sim () Não Qual(is)? _____

Você tem diabetes?

() Sim () Não

Está em uso de algum remédio?

() Sim () Não Qual(is)? _____

Você tem alguma das seguintes doenças: insuficiência renal, insuficiência cardíaca, mieloma múltiplo, miastenia gravis, feocromocitoma, hipotireoidismo, hipertireoidismo, anemia falciforme ou alguma outra doença grave?

() Sim () Não Qual(is)? _____

Você está fazendo ou fará algum tipo de tratamento com IODO RADIOATIVO?

() Sim () Não

Já fez alguma cirurgia?

() Sim () Não Qual(is)? _____

No momento, você está com algum tipo de corrimento vaginal?

() Sim () Não

Qual o aspecto? _____

Por que você irá fazer este exame?

Qual foi a data da última menstruação? ____ / ____ / ____

Há mais algum comentário ou informação que julgue importante?

() Sim () Não Qual? _____

.....
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que as respostas dadas são verdadeiras.

Estou orientada, ciente e esclarecida sobre os riscos e possíveis complicações do exame de **histerossalpingografia**.

Assim sendo, () **autorizo** () **não autorizo** o uso de contraste para realização deste exame.

Autorizo a realização de todos os procedimentos necessários para tratamento imediato caso ocorra algum tipo de reação.

Assinatura da paciente ou de seu responsável legal

.....
Para uso exclusivo do médico radiologista

À Enfermagem:

Administrar à paciente cujo nome se encontra no anverso:

() Contraste iodado: ____ mL via vaginal.

() _____

() _____

Assinatura do Médico / CRM