

**Informações Importantes:**

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

O seu médico julgou que este exame é necessário para sua avaliação, podendo necessitar da injeção na veia e/ou ingestão de um contraste à base de **iodo**. 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 **muito pequeno**, reações mais graves e até mesmo fatais também podem ocorrer.

Apesar de ser 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.

Nome do 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)? \_\_\_\_\_

**Você já fez radioterapia ou quimioterapia?**

( ) Sim ( ) Não Explique: \_\_\_\_\_

**Você é fumante?**

( ) Sim ( ) Não ( ) Já fui, mas parei de fumar.

**Por que você irá fazer este exame?** \_\_\_\_\_

**Tem mais algum comentário ou informação que julga importante?**

( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

---

## **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que as respostas acima são verdadeiras e que as eventuais dúvidas foram esclarecidas pela equipe do IPSEMG. Assim sendo, ( ) **autorizo** ( ) **não autorizo** o uso do contraste em meu exame, caso seja necessário.

Na hipótese de ocorrer algum tipo de reação, isento de culpa a equipe do IPSEMG, autorizando-a a tomar todas as medidas necessárias para o tratamento imediato.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou de seu responsável legal

*Para uso do médico radiologista:*

### **À Enfermagem:**

Administrar ao(à) paciente cujo nome se encontra no anverso:

( ) Contraste iodado **iônico**: \_\_\_\_ mL diluídos em \_\_\_\_ mL de água, via oral, 1 copo a cada \_\_\_\_ minutos.

( ) Contraste iodado **não-iônico**: \_\_\_\_ mL, via endovenosa.

( ) Uso de bomba injetora de contraste: fluxo de \_\_\_\_ mL/segundo.

( ) Soro fisiológico 0,9%: \_\_\_\_ mL, lento, via endovenosa.

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico / CRM