

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO
PARA SUSPENSÃO DE AMAMENTAÇÃO (GÁLIO-67 E IODO -131)**

Clínica: Medicina Nuclear

Seguindo recomendações do Conselho Federal de Medicina e em respeito aos pacientes, apresentamos as orientações que devem ser seguidas pelas pacientes que forem submetidas a procedimentos no Serviço de Medicina Nuclear com gálio-67 ou com iodo-131 e que estiverem amamentando:

Não amamentar durante UMA SEMANA, pois o medicamento usado no procedimento é radioativo, portanto a criança não poderá receber o leite.

Retirar o leite manualmente e jogá-lo fora de modo a evitar que as mamas deixem de produzir o leite (para que o leite “não seque”).

Manter distância de 3 (três) metros da criança durante UMA SEMANA, podendo ter contato após 72 horas por poucos minutos. Após UMA SEMANA pode voltar a ter contato normalmente.

As atividades radioativas (“doses” de radiação) utilizadas nos exames da Medicina Nuclear são consideradas baixas e seguras para o paciente. Contudo, teoricamente, há a possibilidade de dano genético que pode causar lesões em embriões e fetos ou câncer. Por isso, os cuidados devem ser maiores com crianças abaixo de 10 anos e grávidas. Vale destacar que esses riscos são mais teóricos que reais e seriam muito raros, tanto é que são realizados milhões de exames de Medicina Nuclear por ano, em todo o mundo.

A partir de ___/___/___ às ____:____ poderá voltar a dar de mamar pelo peito normalmente.

Considerando, portanto, o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garantem ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, _____,

Data de Nascimento: ___/___/____, declaro que fui totalmente informado(a) e que concordo com o tratamento/procedimento proposto _____, inclusive a transfusão de hemocomponentes e a realização de outros procedimentos invasivos e terapias alternativas se necessário for, e, para tanto, assino o presente documento, por ser esta a expressão livre e consciente de minha vontade.

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO
PARA SUSPENSÃO DE AMAMENTAÇÃO (GÁLIO-67 E IODO -131)**

Estou ciente de que poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique minha decisão ao (a) meu/minha médico (a) e assine a Revogação, no momento da declaração da vontade de não realização do procedimento acima proposto.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20 ____, Hora: ____:____

Assinatura do paciente / Responsável

Assinatura / Carimbo do médico responsável

Revogação deste Consentimento: Belo Horizonte, ___/___/___, Hora: __:____.

Assinatura do paciente ou responsável

IMPORTANTE: Esse campo deverá ser assinado somente se houver a necessidade de revogar o presente Termo de Consentimento