

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

PROCEDIMENTOS COM GÁLIO-67 (RADIOATIVO)

Clínica: **Medicina Nuclear**

Considerando as previsões dos artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 2217 DE 27/09/2018) e dos artigos 6º, inciso III e 39, inciso VI da Lei 8.078/90, que garantem ao paciente informação sobre seu estado de saúde:

Eu, _____, data de nascimento
_____/_____/_____, residente no endereço _____
_____, documento de identidade
número _____, com _____ anos de idade na presente data, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo(a) médico(a), Dr(a) _____ CRM _____ de forma clara sobre a finalidade, os benefícios, e os riscos do procedimento no qual receberei a dose de _____ (_____) mCi de gálio-67 (radioativo), bem como sobre as suas eventuais complicações. Caso necessário, autorizo a tomada de providências para solucionar qualquer intercorrência em função do procedimento realizado. Assim sendo, () AUTORIZO () NÃO AUTORIZO a realização do referido procedimento e, para tanto, assino o presente documento. No caso de, no futuro, tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante: _____.

Declaro estar ciente das normas de radioproteção determinadas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), as quais recebi por escrito do Hospital Felício Rocho e também que:

- Pacientes menores de 21 anos de idade somente poderão ser submetidos ao exame com utilização de dose de gálio-67 com autorização por escrito do responsável;
- Pacientes do sexo feminino não poderão estar grávidas, nem amamentando, quando da administração da dose do gálio-67 (radioativo) e deverão comprometer-se a não engravidar nos próximos 6 (seis) meses;
- As atividades radioativas (“doses” de radiação) utilizadas procedimentos com gálio-67 realizados no Hospital Felício Rocho são consideradas relativamente 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 seriam raros, tanto é que os procedimentos são realizados, de rotina, em todo o mundo.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO:

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

PROCEDIMENTOS COM GÁLIO-67 (RADIOATIVO)

Declaro que li ou foram lidas para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre as inconveniências, riscos, benefícios e eventos adversos que podem ocorrer em consequência do procedimento e que as compreendi. Autorizo de forma livre a realização do tratamento/procedimento proposto _____ . Considero-me suficientemente esclarecido pois as explicações em palavras apropriadas foram fornecidas a mim, familiar e o responsável. Sugerimos que retorne ao Hospital Felício Rocho, ou entre em contato com seu médico em caso de complicações ou dúvidas. A equipe da Medicina Nuclear encontra-se à disposição para qualquer outro esclarecimento que V. S^a necessite.

Assim sendo, 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.

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