

Clínica: Medicina Nuclear

Paciente: _____.

Considerando 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, declaro que fui totalmente informado(a) sobre o procedimento de Medicina Nuclear solicitado pelo(a) médico (a) Dr(a). _____ no qual receberei a dose de _____ (_____) mCi de Iodo-131 (radioativo) e eu, _____

Data de Nascimento: ___/___/____ estou, total e voluntariamente, de acordo com a realização do referido procedimento.

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 procedimento com utilização de dose de Iodo-131 com autorização por escrito do responsável.

Pacientes do sexo feminino não poderão estar grávidas, nem amamentando, quando da administração da dose do Iodo-131 (radioativo) e deverão comprometer-se a não engravidar nos próximos 6 (seis) meses.

As atividades radioativas (“doses” de radiação) utilizadas nos procedimentos com Iodo-131 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.

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.

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO
PROCEDIMENTOS COM IODO-131 (RADIOATIVO)

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