



TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA ARTRO- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

O presente termo de consentimento esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente _____ quanto aos principais aspectos relacionados ao exame de Artro-Ressonância Magnética que será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviço do Hospital Geral Dr. Beda.

Espaço deverá ser preenchido pelo paciente e/ou responsável

Eu, _____ inscrito(a) no CPF sob o nº _____ () paciente () responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização do exame que foi solicitado pelo meu médico.

Declaro que:

1 – Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas do procedimento, após ter discutido e analisado com a equipe Médica a importância, propósitos, benefícios, principais riscos e complicações do exame específico a minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações e fazer perguntas deste documento que foram respondidas satisfatoriamente antes de sua assinatura. Declaro que fui informado que sou livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a seu cuidado.

2 – O exame de Artro-Ressonância Magnética é realizado por um médico que fará uma punção da Articulação em questão, guiada por RADIOSCOPIA ou TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, com técnica de anti-sepsia rigorosa com todos os materiais estéreis, abertos na hora do procedimento e descartados após o seu término. É injetado um Contraste Paramagnético (utilizado em Ressonância Magnética) diluído em soro e contraste iodado. Para diminuir os efeitos dolorosos desta injeção, o Médico utilizará um anestésico local (Xilocaína injetável). Após a injeção Intra-Articular, o Senhor(a) será levado a sala de Ressonância Magnética, onde o exame será realizado. Este é um exame mais complexo e invasivo que uma Ressonância Magnética convencional e também oferece mais riscos. O principal é o desenvolvimento de uma Sinovite infecciosa ou química, que pode evoluir para infecção (Pioartrite ou Osteomielite). Apesar desta complicação ser rara e ocorrer em menos de 1% dos pacientes que realizam este exame, é um risco que deve ser conhecido, para que possa iniciar o tratamento adequado, quando necessário. Assim sendo, dores, inchaços e febres que apareçam a partir de 6 horas depois do exame, devem ser comunicado ao seu Médico solicitante e ao que realizou a Punção Articular. Outras complicações de menor repercussão como tontura e mal estar



TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA ARTRO- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

podem ocorrer devido a Reações Vagais como por exemplo, “pessoas que desmaiam ao ver agulha ou sangue”. Após o exame, o membro puncionado deverá permanecer em repouso relativo, sem realizar movimentos de grande amplitude ou esforços físicos. Movimentos simples como dirigir são permitidos. Horas após o procedimento, a solução com o contraste será reabsorvida. No dia seguinte ao exame, não existe restrições.

4 – Consinto, a equipe realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que seja alcançado o melhor resultado possível através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis no local onde se realizará o exame, declarando que estou devidamente informado e esclarecido acerca do procedimento.

Campos dos Goytacazes/RJ, _____ de _____ de 20____.

Assinatura

Equipe de Saúde Assistencial

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste termo de consentimento informado, por tratar-se de situação de emergência.

Carimbo e assinatura do profissional

Fundamentação Jurídica:

I- Constituição Federal:

Art. 5º, XIV: É assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário exercício profissional.

II- Código Civil:

Art. 15: Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança



TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA ARTRO- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

Código de Ética Médica – Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.