|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  Eu, abaixo assinado(a), autorizo(a) o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), a realizarem o procedimento proposto      ,como forma de buscar um diagnóstico para o meu caso. O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do exame e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Estou ciente que para realização deste exame é necessária a administração de material radioativo (radiofármaco) por via oral, inalatória, endovenosa ou outra. Os radiofármacos utilizados no Serviço de Medicina Nuclear **NÃO** são contrastes e é rara a ocorrência de reações alérgicas. Estou ciente também que a quantidade de radiação é segura para mim e para outras pessoas, de acordo com as normas vigentes da Comissão Nacional de Energia Nuclear e Agência Nacional de Vigilância Sanitária, não sendo a radiação motivo para afastamento do trabalho ou do convívio social.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante o exame existem outras que podem ocorrer no período seguinte após a sua realização.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram esclarecidos e são os seguintes:   1. Complicações ou dificuldades técnicas durante o procedimento que impeçam a sua realização. 2. Suspensão do procedimento por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes da sua realização. 3. Exposição à radiação ionizante, com probabilidade de ocorrerem efeitos estocásticos, ou seja, efeitos geralmente associados à exposição a baixas doses e que podem manifestar-se após períodos de meses ou anos.   Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.  Fui informado também sobre alternativas diagnósticas ao exame proposto.  Reconheço que durante o procedimento ou no período imediatamente após a sua realização, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o exame for iniciado.  Estou ciente ainda que mulheres grávidas, ou com suspeita de gravidez, devem avisar à equipe do Serviço de Medicina Nuclear. Os exames de Medicina Nuclear NÃO são recomendados nesses casos, salvo por indicação consciente do médico assistente, consentimento da paciente, concordância do médico nuclear e obedecendo ao princípio da justificativa do uso de radiação em detrimento de outros métodos. Da mesma forma, pacientes que estejam amamentando devem avisar à equipe do Serviço de Medicina Nuclear para que sejam repassadas as informações sobre eventual suspensão temporária ou definitiva da amamentação após a realização do exame. Caso se aplique, eu afirmo não estar grávida e não estar amamentando no momento do procedimento.  Fui informado(a) também que pacientes submetidos a estudos de estresse cardíaco (esteira ou estresse farmacológico) apresentam riscos intrínsecos ao estresse miocárdico, independente do uso de radiação ou da aquisição das imagens, devendo considerar que este estresse é provocado por médico cardiologista habilitado a atender eventuais intercorrências cardiovasculares.  Autorizo ainda que as imagens dos procedimentos e exames, entre outras, possam ser utilizadas para fins acadêmicos, incluindo comunicações de casos a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma, estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o exame proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /     /  Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:  Assinatura do paciente (ou responsável):  Grau de parentesco do responsável:  Nome e assinatura do responsável pela aplicação do termo:  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Medicina Nuclear**  **EXAMES DIAGNÓSTICOS CINTILOGRÁFICOS** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-398– gráfica hcpa – set19**