|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  Eu, abaixo assinado(a), declaro que acompanharei o(a) paciente      , durante sua internação, e estou ciente que o procedimento a ser realizado consiste de uma terapia com isótopos radioativos em regime de isolamento hospitalar, onde visitas são permitidas APENAS a critério médico.  Declaro que recebi orientações sobre radioproteção e fui informado(a) quanto aos riscos a que estarei exposto devido ao acompanhamento deste procedimento terapêutico e as providências para minimizá-los. A equipe médica explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Estou ciente que este procedimento médico não é isento de riscos. Os possíveis riscos associados a este acompanhamento são:  1. Exposição à radiação ionizante;  2. Contaminação radioativa por contato com fluídos do paciente (saliva, urina, sangue,...).  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente dos riscos da exposição a que me submeterei durante acompanhamento do(a) paciente internado(a) para terapia com isótopos radioativos.  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 acompanhante:  Assinatura do acompanhante:  Nome e assinatura do Responsável pela Aplicação do Termo: | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Medicina Nuclear**  **ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO  EM MEDICINA NUCLEAR** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-556FE – gráfica hcpa – set19**