|  |
| --- |
| **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 ESCLARECIDOServiço de Medicina Nuclear****ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO EM MEDICINA NUCLEAR** | Nome do Paciente:      Nº do Registro:       |

**MED-556FE – gráfica hcpa – set19**