**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**PARA ADMINISTRAÇÃO DE RADIOFÁRMACOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PACIENTE** | **RESPONSÁVEL OU REPRESENTANTE** |
| **Cole aqui a etiqueta**  **Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **RG:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(preencher somente na falta da etiqueta)** | **Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Grau de parentesco**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **RG:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tel:** (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO/EXAME/TRATAMENTO**: A cintilografia de perfusão miocárdica é um exame que tem como objetivo estudar a irrigação das artérias coronárias, que são os vasos sanguíneos responsáveis pelo suprimento de nutrientes e oxigênio para musculatura cardíaca. Essa avaliação é solicitada através do seu médico assistente.

É realizada através da administração endovenosa de um radiofármaco (99mTc-Sestamibi) por médicos nucleares e cardiologistas em duas etapas, senda uma em repouso e a outra sob estresse cardiovascular. Esse estresse cardiovascular é sempre realizado pelo cardiologista, podendo ser obtido tanto através de esforço físico (teste ergométrico) ou através da administração de medicamentos (estresse farmacológico). A escolha de um ou outro tipo de estresse será do seu médico assistente e do cardiologista que estará realizando seu exame, sempre visando pela segurança do paciente e na melhor qualidade dos resultados.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÃO:** Alguns sintomas podem ser desencadeados através do esforço físico (teste ergométrico) ou do uso dos medicamentos (p.ex: Dipiridamol, Dobutamina, etc), tais como cansaço, mal estar, palpitações, sensação de peso nas pernas e no peito, dor de cabeça, náuseas, dentre outros. Complicações mais sérias, cardíacas ou respiratórias, são raras e esse eventualidade será prontamente atendida e contornada pelo cardiologista e equipe do setor.

Os protocolos de segurança médica e de radioproteção estão de acordo com as normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e pelas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelecidas formalmente nos protocolos internos de procedimentos médicos da instituição.

Mulheres em que exista a **possibilidade de gravidez ou que** **estejam amamentando**, **devem comunicar à equipe técnica antes da administração do material utilizado para exame** (radiotraçador), para possível mudança de conduta médica, remarcação do exame e / ou para esclarecimentos específicos.

**Declaro, adicionalmente, que:**

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico Nuclear, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente Procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

3. O Procedimento que serei submetido possui em si os riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

4. Assim, declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

5 - Autorizo que as imagens obtidas após o Procedimento realizado sejam encaminhadas para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico, bem a veiculação das referidas imagens exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que assegurado o pleno sigilo de minha identidade.

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional.

**Pleno deste entendimento, autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

|  |
| --- |
| Nome legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ |