



MEDICINA
LISBOA

CENTRO DE BIOIMAGEM

DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

- ANEXO II_ CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA -

Exm^o(a) Sr. (a) _____

Processo: _____

Leia com atenção e solicite os esclarecimentos necessários antes de realizar o seu exame.

A ressonância magnética é um método de imagem médica não-invasivo, indolor e sem radiação. Utiliza um campo magnético forte pelo que alguns objetos metálicos não podem entrar na sala do exame. A duração habitual do exame é de 30 a 45 min, durante a qual permanece deitado dentro do tubo do aparelho, que é aberto dos dois lados. Será solicitada a sua colaboração para permanecer imóvel e caso seja necessário efetuar os movimentos respiratórios solicitados pelo Técnico de Radiologia.

Terá acesso a uns tampões/auscultadores que permitem atenuar os sons emitidos pelo equipamento no decorrer do exame quando as imagens são adquiridas.

Preparação para o exame:

Deverá ler com atenção a preparação que lhe foi fornecida na marcação do seu exame.

É fundamental manter-se em jejum, no mínimo de 4 horas, para alguns exames que necessitam de administração de contraste.

Será solicitado que retire todos os objetos/acessórios metálicos, mantendo apenas a sua roupa interior e respetiva bata para a realização do exame.



MEDICINA
LISBOA

O preenchimento responsável do questionário em anexo é fundamental para a realização do exame. Em caso de dúvida esclareça sempre com o profissional de saúde antes do procedimento.

Caso haja necessidade de o acompanhante entrar na sala de exame, este deverá preencher o questionário e seguir todas as indicações dadas pelo profissional de saúde.

Caso seja portador de Pacemaker ou outro dispositivo implantado no corpo, a compatibilidade do mesmo tem de ser verificada antes do seu exame, pelo que será realizada uma verificação e uma preparação específica com apoio clínico. Avise os profissionais de saúde caso seja portador de qualquer dispositivo médico implantado ou outro tipo de objetos metálicos.

Injeção endovenosa:

Em alguns exames será necessário injetar um produto de contraste (gadolínio) numa veia, geralmente do braço. A decisão de injetar, ou não, qualquer fármaco é do médico Radiologista, Neurorradiologista ou Cardiologista em função do que é necessário para o diagnóstico.

As reações ao contraste da ressonância magnética são raras, podendo ocorrer náuseas em 7% dos casos e dores de cabeça em 4%. Reações mais graves foram referidas em alguns estudos ocorrendo em menos de 3 doentes em 30.000.

Benefícios:

Este exame produz uma imagem detalhada de várias estruturas dentro do corpo e permite, por isso, auxiliar na orientação clínica, na chegada a um diagnóstico correto e na decisão terapêutica.

Riscos do não tratamento:

A não realização do exame pode impedir os médicos de chegar a um diagnóstico correto ou não esclarecer a sua situação clínica, pelo que pode posteriormente comprometer a possibilidade de receber o tratamento ótimo para a sua condição.



MEDICINA
LISBOA

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: _____
Número de cédula profissional ou número mecanográfico: _____
Contacto institucional do profissional de saúde: _____
Data: ___/___/___

À Pessoa/Representante: Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique por favor se todas as informações se encontram corretas. Se tudo estiver em conformidade, proceda à assinatura do documento.

*Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. **Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa)** o ato indicado que é a realização do exame de Ressonância Magnética, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.*

Nome: | _____

Data: ___/___/___ Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME: | _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º _____ DATA OU VALIDADE ___/___/___

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____



MEDICINA
LISBOA

Autorizo o registo e a utilização das imagens, assim como de outra documentação, para revisão ou formação de profissionais após serem devidamente anonimizados de forma irreversível.

Nome: _____

Data: ___/___/___ Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima):

NOME: | _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º _____ DATA OU VALIDADE ___/___/___

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____

*A preencher pelo Médico Radiologista, Neurorradiologista ou Cardiologista

Contraste: Sim Não

Reação alérgica Sim Não

Terapêutica efetuada: _____

Data: ___/___/___ N.º Ordem _____ Médico: _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Elaborado de acordo com a norma 015/2013 da DGS de 3 de outubro de 2013, atualizada a 4 de novembro de 2015.