

## TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) PARA EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Eu \_\_\_\_\_,  
RG nº \_\_\_\_\_ e CPF/MF nº \_\_\_\_\_,  
na qualidade de ( ) paciente ( ) responsável, autorizo a realização do exame de Ressonância Magnética e estou ciente que:

- O exame de ressonância magnética é um procedimento diagnóstico no qual (a) paciente é colocado(a) em um forte campo magnético onde ondas de radiofrequência são enviadas aos tecidos do interior do corpo. Os “ecos” que retornam são então transformados em imagens das estruturas internas do corpo através de um computador. Por ser um **campo magnético**, algumas recomendações são importantes para a segurança do paciente.

**Atenção:** Caso você seja portador de marca-passo cardíaco ou desfibriladores, clips de aneurisma, implantes e aparelhos intraoculares, implantes otológicos cocleares, fixadores ortopédicos externos, alguns tipos de implantes ou próteses metálicas, avise-nos **imediatamente**, provavelmente você não pode fazer exame de ressonância magnética. Para termos certeza da possibilidade da realização do exame responda os itens abaixo: (Em caso de dúvida ou resposta positiva, comunique à equipe médica ou enfermagem).

Peso \_\_\_\_\_ Kg - Altura \_\_\_\_\_ cm

Pergunta	NÃO	SIM	Marca ou Modelo?	Ano de Colocação?
Tem Marca-passo Cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Clip de Aneurisma Cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Placas, parafusos ou hastes metálicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Maquiagem Definitiva ou Tatuagens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Prótese dentárias móveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se for móvel, retirar.	
Lentes de Contato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se for móvel, retirar.	
Tem expansor mamário metálico com válvula (não é port-a-cath)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Metal vindo de acidentes (fragmentos de bala, granada, etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Dreno ventricular (DVP)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Bomba de infusão (morfina, insulina, quimioterapia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Possui alteração da função renal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>	

Pergunta	NÃO	SIM	Marca ou Modelo?	Ano de Colocação?
Faz uso de Agulhas de Acupuntura ou outros materiais metálicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Possui medo de lugar fechado (claustrofobia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Possui alergia ao contraste da RM (gadolínio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**2.** Não é permitido entrar na sala de exames com objetos metálicos, relógio, cartões magnéticos, moedas, brincos, correntes, grampos, piercings, aparelhos auditivos, próteses dentárias, lentes de contato, nenhum material metálico, etc.

**3.** Para pacientes do sexo feminino: **(Em caso de dúvida, comunicar à equipe)**

Existe a possibilidade de estar grávida?  NÃO SEI  NÃO  SIM

**4.** A critério do radiologista ou do médico solicitante, poderá ser administrado um agente paramagnético (gadolínio) que conhecemos popularmente como “Contraste”. Em raríssimos casos, podem ocorrer uma reação adversa ao contraste entre elas: náuseas, cefaleia, urticária, coceira e vômitos, etc. Outras reações são mais sérias e requerem ações imediatas. Nas ocorrências de complicações, os médicos e os demais funcionários do setor estão treinados para reconhecer essas eventuais reações e tratá-las de imediato. Conhecendo essas informações do item 4:

**O uso do contraste (gadolínio) está autorizado?**  NÃO  SIM

**5.** Quando houver a necessidade de anestesia, a mesma deverá ser solicitada por seu médico e o exame só poderá ser realizado seguindo os critérios de segurança pré-estabelecidos para anestesia.

**6.** A duração dos exames de ressonância magnética pode variar pela existência de múltiplos fatores, como cooperação do paciente, complexidade do exame, anestesia, etc., com isso, a tolerância ao tempo deverá ser considerada para melhor sucesso do exame.

Li e entendi as informações mencionadas acima, recebi as explicações necessárias por um profissional capacitado e autorizo, de forma voluntária, a realização do exame de ressonância magnética conforme as orientações acima. Estou ciente e concordo que, se houver omissão de informações no conteúdo deste formulário, das respostas fornecidas e no resultado do exame, assim sendo autorizo a realização do mesmo:

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do Profissional e Conselho de Classe: \_\_\_\_\_