



Serviço de Radiologia/Neurorradiologia Ressonância Magnética

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

ETIQUETA DO UTENTE

N.º de Processo/SNS: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

De acordo com a Norma n.º 015/2013 da Direção Geral da Saúde e aplica-se aos utentes que aceitem realizar exames de Ressonância Magnética.

1. Diagnóstico/descrição da situação clínica

O exame que vai realizar é um meio complementar de diagnóstico sem recurso a radiação ionizante utilizado no diagnóstico em diversas áreas da medicina.

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

A Ressonância Magnética é um método de diagnóstico seguro, desde que sejam respeitadas as normas de segurança, não invasivo e sem exposição a radiação ionizante. Durante a realização do exame terá que permanecer calmo e colaborante, enquanto as imagens são adquiridas. Durante o exame ouvirá ruídos que correspondem ao som do equipamento a funcionar. Poderá comunicar com quem está a monitorizar o exame.

3. Benefícios:

O exame de RM permite a aquisição de imagens anatómicas com o objetivo de auxiliar no correto diagnóstico, proporcionando a escolha de tratamento adequado e eficaz, resultando num benefício para a saúde.

4. Riscos graves e riscos frequentes associados ao ato/intervenção:

O exame de Ressonância Magnética utiliza um campo magnético intenso associado a ondas de radiofrequência. Devido à existência de um forte campo magnético, certos objetos e condições clínicas podem representar perigo e/ou interferir na qualidade do exame. Para sua segurança, é fundamental que respeite as normas de segurança.

Não se esqueça de informar sobre a existência de dispositivos médicos ou materiais cirúrgicos extra ou intra-corporais (pacemaker, desfibrilhador, stents, válvulas, próteses, aparelho auditivo ou ortodôntico, expansores mamários, bombas de infusão de medicamentos, etc...).

Não entre na sala de RM com objetos metálicos (incluindo chaves, telemóveis, ganchos, óculos, relógios, cartões magnéticos, moedas, próteses dentárias, piercings).

Para a realização destes exames, também poderá haver a necessidade de administrar um produto de contraste, o gadolínio. A indicação para administração do meio de contraste é decidida pelo Médico Radiologista/Neurorradiologista, desde que previamente autorizada neste documento.

O uso de produtos de contraste é um procedimento seguro mas por se tratar de um produto farmacológico, podem ocorrer reações adversas, que na sua maioria dos casos, quando ocorrem, são consideradas leves (reações cutâneas, náuseas, ...). As reações adversas graves como risco de vida, são extremamente raras. Doentes com insuficiência renal grave podem desenvolver fibrose nefrogénica sistémica.



5. Atos/Intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas:

A ecografia, a Tomografia Computorizada e a Radiologia Convencional são utilizadas na aquisição de imagens para diagnóstico e/ou tratamento. O médico poderá recorrer a estes tipos de exame, no entanto podem não ser o método mais aconselhado cientificamente.

6. Riscos de não tratamento:

A não realização deste exame poderá implicar a não identificação da sintomatologia e o respetivo tratamento.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e compreensível, os procedimentos necessários ao ato/intervenção 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

Assinatura

Data

/ /

Contacto institucional

N.º Cédula
profissional ou n.º
Mecanográfico.

Ao utente/representante legal:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, por favor assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos do que 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 serei prejudicado nos meus direitos assistenciais se recusar esta solicitação e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Declaro (se aplicável):

- Estar grávida ou existir a possibilidade de estar grávida: ____
- Não estar grávida: ____

Autorizo/Não autorizo (*riscar o que não interessa*) o ato/intervenção indicado (realização do exame), bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Dou o meu consentimento para que naqueles atos médicos participem e assistam outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos em período formativo.

Autorizo/Não autorizo (*riscar o que não interessa*) o ato/intervenção indicado (administração do meio de contraste), bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Autorizo/Não autorizo (*riscar o que não interessa*) o registo fotográfico ou filmado e a sua utilização, assim como de outra documentação, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados, para fins de investigação científica ou de ensino, após devidamente anonimizados e autorizados, de acordo com o tipo de Estudo, por um ou vários dos seguintes Órgãos: Direção do Serviço, Coordenação da Unidade Funcional, Comissão de Ética em Saúde e Serviço de Inovação e Investigação Clínica da ULSLO.

Nome Data / / Assinatura

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade, este documento deve ser assinado abaixo por representante legal (ressalva-se que no caso de menor com 16 ou mais anos e capacidade para compreender a informação transmitida, este documento deve ser igualmente assinado pelo próprio após a secção autorizo/não autorizo).

Sendo cuidador, foi-me explicado que, estando a acompanhar o doente no momento da realização do exame, a dose por mim recebida foi alvo de avaliação da mesma, aplicando uma restrição de dose, conforme orientação da entidade competente. Foi-me também assegurado que foram implementadas todas as medidas para a redução do risco de acordo com o princípio ALARA.

Fui informado dos cuidados que deverei ter durante o procedimento, a fim de aumentar a sua eficácia e segurança.

Autorizo/Não autorizo (*riscar o que não interessa*) a realização dos atos indicados, necessários no interesse do Utente que represento/acompanho e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome N.º Doc. Identificação Validade / /

Parentesco ou tipo de representação Assinatura

Este documento é feito em duas vias originais (uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente).