



SERVIÇO DE IMAGINOLOGIA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

QUESTIONÁRIO E TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXAMES COM INJEÇÃO ENDOVENOSA DE CONTRASTE IODADO

NOME:				IDENTIDADE:	
DATA NASC.: / /	IDADE:	PESO:	TELEFONE:	/	
EXAME:				DATA: / /	

Prezado (a) cliente:

As informações prestadas neste termo auxiliarão na condução de seu exame, aumentando a precisão do seu diagnóstico. Poderá ser necessário o uso de um contraste iodado, administrado por via endovenosa, oral, retal ou vesical, simultaneamente ou não.

A necessidade do uso do contraste e da via de administração será identificada antes ou durante o exame, dependendo da indicação médica ou das alterações encontradas na fase sem contraste.

Os contrastes iodados são seguros, mas como todas as medicações, algumas vezes podem causar reações adversas. As mais comuns são reações leves como náuseas, vômito, vermelhidão e coceira.

Reações mais sérias e até fatais são raras, mas podem ocorrer. Não hesite em consultar a equipe em caso de dúvidas.

Já realizou algum exame com contraste iodado na veia, tais como tomografia, urografia, angiografia, cateterismo?  
( ) Sim ( ) Não

Fez alguma reação alérgica durante o exame? ( ) Sim ( ) Não

Qual? ( ) edema de glote ( ) convulsão ( ) arritmias ( ) taquicardia ( ) hipertensão ( ) falta de ar ( ) chiado ( ) coceira ( ) rubor ( ) náusea ( ) tosse ( ) calor ( ) inchaços ( ) calor ( ) cefaléia ( ) nariz entupido

Tem asma ou bronquite? ( ) Sim ( ) Não

Última crise: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Qual tratamento? \_\_\_\_\_

É diabético? ( ) Sim ( ) Não

Utiliza algum desses medicamentos? ( ) Metformin(a); ( ) Glifage; ( ) Glucophage; ( ) Meguanin; ( ) Dimetor

Possui alguma dessas alergias? ( ) Alimentar (camarão ou frutos do mar); ( ) Medicamentosa; ( ) Rinite Alérgica; ( ) outras.

Explique: \_\_\_\_\_

Possui exames de Uréia e Creatinina recentes? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, trazê-los no dia do exame.

Já fez alguma cirurgia? ( ) Sim ( ) Não. Em qual região? \_\_\_\_\_

Já fez radioterapia ou quimioterapia? ( ) Sim ( ) Não. Explique: \_\_\_\_\_

Possui exames anteriores da região a ser examinada hoje? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, trazê-los no dia do exame.

Apresenta alguma destas doenças? ( ) Sim ( ) Não

( ) Insuficiência renal; ( ) Insuficiência cardíaca; ( ) Hipertensão arterial; ( ) Hepatite; ( ) Mieloma Múltiplo; ( ) Miastenia Gravis; ( ) Lúpus; ( ) Outras. Explique: \_\_\_\_\_

Se mulher, há suspeita ou confirmação de gravidez? ( ) Sim ( ) Não. Data da última menstruação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Utiliza algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não. Quais? \_\_\_\_\_

Tem algum comentário ou informação importante a ser feito? \_\_\_\_\_

Autorizo a realização do procedimento com uso de contraste. Estou ciente que poderei apresentar reação de menor ou maior intensidade? ( ) SIM ( ) NÃO

Assinatura: \_\_\_\_\_

Quem assinou? ( ) O Próprio ( ) O responsável legal