

患者氏名 :

患者 ID :

Formulário de consentimento para exame de imagens por ressonância magnética (IRM) com contraste

Se você concordar em fazer um exame de IRM com contraste, assinie abaixo.

Recebi uma explicação completa sobre exames de IRM com contraste e seus riscos, lendo as “Informações sobre exame de imagens por ressonância magnética (IRM) com meio de contraste”, e entendi o conteúdo. Portanto, concordo em fazer um exame de IRM com contraste. (Mesmo depois de assinar o consentimento, você poderá revogá-lo a qualquer momento.)
Concordo também que o uso do meio de contraste possa ser cancelado com base no parecer do médico responsável pelo exame e/ou do radiologista.

Data do acordo: _____ **ano** _____ **mês** _____ **dia** _____

Nome do paciente: _____ (em letra de forma)

Assinatura do paciente: _____

Endereço do paciente: _____

Nome do representante: _____ (em letra de forma)

Assinatura do representante: _____ (relação com o paciente: _____)

Endereço do representante: _____

Se você se recusar a fazer um exame de IRM com contraste, leia a seguinte declaração. Se você a entendeu, assinie abaixo.

Recebi uma explicação sobre a necessidade de um exame de IRM com contraste; contudo, recuso-me a fazer um exame de IRM com contraste. Não responsabilizarei o meu médico, o médico responsável pelo exame nem o hospital quanto às consequências da minha decisão.

Data da assinatura: _____ **ano** _____ **mês** _____ **dia** _____

Nome do paciente: _____ (em letra de forma)

Assinatura do paciente: _____

Endereço do paciente: _____

Nome do representante: _____ (em letra de forma)

Assinatura do representante: _____ (relação com o paciente: _____)

Endereço do representante: _____

Fornei a explicação sobre exames de IRM com contraste à pessoa que assinou acima.

Data da explicação: _____ **ano** _____ **mês** _____ **dia** _____

Departamento: _____ **Médico responsável:** _____ **Carimbo** _____

Confirmo que o paciente (ou o seu representante) acima concordou ou recusou-se a fazer um exame de IRM com contraste assinando este documento.

Data da confirmação: _____ **ano** _____ **mês** _____ **dia** _____

Departamento: _____ **Médico responsável:** _____ **Carimbo** _____

*Se o paciente for um menor de idade que não tenha capacidade para concordar, ou não puder concordar e assinar por estar inconsciente ou apresentar outra condição médica, a assinatura na seção “Representante”, acima, deverá ser fornecida por um dos pais, tutor, adulto responsável ou parente.