Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# LINFOCINTILOGRAFIA DOS MEMBROS INFERIORES OU SUPERIORES

EU, _____, NA QUALIDADE DE ( )PACIENTE / ( ) RESPONSÁVEL (GRAU DE PARENTESCO) _____, PELO PACIENTE _____, POR DETERMINAÇÃO EXPLÍCITA DE MINHA VONTADE (RESPONSÁVEL), SOU INFORMADO (A) DE QUE:

**INFORMAÇÕES SOBRE O EXAME:** A Linfocintilografia é um exame que avalia o sistema linfático, indicado para pacientes que apresentam edema de membros inferiores ou superiores.

**CONTRA-INDICAÇÕES PARA O EXAME: A linfocintilografia não deve ser feita em mulheres grávidas, com suspeita de gravidez. Se estiver amamentando, comunicar previamente para que o caso seja avaliado**, porque embora a dose seja baixa, é um exame que envolve radiação e a **amamentação deve ser suspensa por 24 horas após.**

**FORMA DE REALIZAÇÃO DO EXAME:**

Pequena quantidade de material radioativo/radiofármaco (composição formada por moléculas radioativas e o fármaco específico para a área a ser avaliada) será injetada por via subdérmica (injeção superficial logo abaixo da pele), no primeiro espaço entre os dedos de ambos os pés ou mãos, será administrada por médico, enfermeiros ou técnicos de enfermagem.

Essa via de administração é um pouco dolorosa e ocasionalmente pode causar discreta irritabilidade/inflamação local. Não é possível realizar o exame sem a administração do radiofármaco O radiofármaco não é um contraste e os **riscos** se resumem à possibilidade de reações adversas ou alérgicas passageiras relacionadas aos fármacos, mas ainda assim não são comuns. A reação mais comum se refere ao rubor cutâneo temporário (pele avermelhada), não se observando nenhuma reação mais grave.

Após a injeção o paciente deverá fazer exercícios para estimular a drenagem linfática.

As imagens do paciente, com duração aproximada de 20 minutos, serão adquiridas em intervalos periódicos por até 6 horas após a administração do medicamento. Em alguns casos, pode ser necessário realizar imagens 24 horas após as injeções.

A gama-câmara, equipamento que realizará as imagens, assemelha-se ao equipamento de tomografia, portanto, em caso de **fobia a ambientes fechados,** informe com antecedência a equipe da medicina nuclear. Não é obrigatório permanecer dentro da clínica durante este período.

CUIDADOS APÓS O EXAME: Retornar a suas atividades diárias normalmente, não tendo restrições por se tratar de uma radiação de valor insignificante. Recomenda-se ingerir bastante líquido nas horas subsequentes ao exame, para ajudar na eliminação das substâncias ministradas.

Pelo presente, expresso o meu entendimento, concordância e consentimento para a realização do exame de linfocintilografia dos membros: **( ) inferiores ou ( )superiores.**

**Se mulher,** declaro ainda que: **( ) não estou grávida ( ) não estou amamentando ( ) estou amamentado e fui orientada a suspender a amamentação por 24 horas após a injeção.**

FLORIANÓPOLIS, _____ DE _____ DE _____.

( ) PACIENTE ( ) RESPONSÁVEL

NOME:_____ASSINATURA:_____ CPF:_____

TESTEMUNHA 1:_____Assinatura:_____ CPF:_____

TESTEMUNHA 2:_____Assinatura:_____ CPF:_____