Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CINTILOGRAFIA CEREBRAL (SPECT) COM TRODAT-1

Eu, _____, na qualidade de (___) Paciente / (___) responsável (grau de parentesco) _____, pelo paciente _____, por determinação explícita de minha vontade (responsável), sou informado (a) de que:

Fui esclarecido (a) pelo (a) médico (a) solicitante _____, sobre a necessidade de realização do exame de Cintilografia Cerebral com TRODAT-1, visando melhor esclarecimento e acompanhamento de minha situação clínica.

INFORMAÇÕES SOBRE O EXAME: O SPECT (tomografia computadorizada por emissão de fóton único) utiliza como radiofármaco (composição formada por moléculas radioativas e o fármaco específico para a área a ser avaliada) o TRODAT®. O radiofármaco TRODAT-1 (99mTc) é um radiofármaco com alta seletividade e especificidade pelos transportadores de dopamina (DAT). Esses transportadores estão localizados nas terminações nervosas présinápticas no cérebro, especialmente na região do estriado. Quando a degeneração neuronal está presente, o número de DATs é significantemente reduzido. Assim, este exame é muito útil para a avaliação da redução desses transportadores de dopamina, principalmente no diagnóstico diferencial de tremor essencial/parkinsonismo secundário x doença de Parkinson/parkinsonismo atípico); demência de corpos de Lewy x Alzheimer.

PREPARAÇÃO PARA O EXAME: Não é preciso que o paciente esteja em jejum para a realização do exame, a não ser que haja a necessidade de sedação. É importante que o paciente traga exames anteriores relacionados, como tomografia computadorizada e ressonância magnética de crânio. **É fundamental que o questionário médico fornecido pela Bionuclear seja preenchido com o máximo de detalhes, pelo paciente ou por quem conhece bem o mesmo, pois irá auxiliar na interpretação do exame.**

CONTRA-INDICAÇÕES PARA O EXAME: O exame é contra-indicado em gestantes ou durante o período de amamentação, só devendo ser realizado em caso de extrema necessidade, quando os riscos da exposição radioativa ao feto ou recém-nascido sejam justificados pela importância dos resultados obtidos. A amamentação deve ser suspensa por 24 horas após a injeção do radiofármaco.

( ) Declaro que não estou grávida e nem tenho suspeita de estar grávida.

( ) Declaro que estou grávida e avaliei o risco x benefício junto ao médico solicitante.

REAÇÕES ADVERSAS: As reações são consideradas incomuns (ocorre entre 0,1% e 1% dos pacientes que utilizam este medicamento). Reação incomum (> 1/1.000 e ≤ 1/100): tonturas, dor nas costas, hipertensão e parestesia. O TRODAT-1 radiomarcado tem sido extensamente utilizado por clínicos de medicina nuclear em todo o Brasil, sem a observância de reações adversas.

FORMA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: Após a administração do radiofármacos na veia do paciente, o mesmo será liberado e orientado a retornar após um intervalo aproximado de três horas e trinta minutos para a realização das imagens. As imagens cerebrais são realizadas na sala de exames em um equipamento chamado gamacâmara (semelhante a um tomógrafo) com duração aproximada de 30 minutos. Durante a realização das imagens o paciente deverá permanecer com a cabeça completamente imóvel. **Alguns pacientes necessitam de sedação para tolerar esta situação. A sedação é realizada por médico anestesista experiente que define o esquema de sedativo a ser utilizado baseando-se no perfil de cada paciente (serviço à parte que deve ser programado com antecedência de uma semana).** Após a finalização do exame o paciente será liberado para suas atividades normais.

PUNÇÃO VENOSA: A realização do exame de medicina nuclear necessita da administração venosa do radiofármaco, para que o órgão de estudo seja visualizado durante a realização da imagem. Não é possível realizar o exame sem a administração do radiofármaco.
O acesso venoso será feito por enfermeiros ou técnicos de enfermagem para instalação de cateter ou administração direta do radiotraçador, soluções salinas e/ou outras medicações.
Alguns pacientes podem ter acesso difícil, sendo necessária mais de uma punção para obtenção de sucesso.
Diante da possibilidade de fragilidade vascular e/ou outras condições, podem aparecer eventualmente hematomas nos locais da punção devido ao possível extravasamento sanguíneo causado pelo rompimento de vasos. Tais hematomas desaparecerão com o passar dos dias.

Declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o procedimento diagnóstico a que serei submetido, sendo respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas em linguagem de fácil compreensão. Estou ciente dos riscos e de eventual

repetição do exame e, que o resultado pode não ser o esperado, bem como que o resultado de um exame complementar deve ser interpretado junto com os demais dados de minha história clínica.

Declaro também que nada omiti em relação à minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta declaração passe a fazer parte integrante do prontuário médico, ficando o profissional médico e o estabelecimento hospitalar autorizado a utilizá-la no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa à minha pessoa.

IMPORTANTE: Para maior segurança, antes da realização do exame, a equipe técnica da Bionuclear irá lhe fazer algumas perguntas. Suas respostas serão de fundamental importância e servirão para orientação ao médico e a equipe técnica durante a realização do exame.

O exame será disponibilizado no nosso site após o laudo médico, através do protocolo e senha entregue ao paciente.

( ) Autorizo o paciente e os médicos responsáveis a terem acesso ao laudo médico.

( ) Não autorizo o acesso ao laudo médico

Declaro que li e entendi as informações e as orientações a respeito do exame acima citado, foi me dada a oportunidade de esclarecer dúvidas e concordo com a sua realização.

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Nome:_____Assinatura:_____ CPF:_____

Médico:_____Assinatura:_____ CRM:_____

Testemunha 1:_____Assinatura:_____ CPF:_____

Testemunha 2:_____Assinatura:_____ CPF:_____