

**Radiologia**

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, abaixo assino, declaro ter sido informado de que as substâncias existentes nos meios de contrastes radiológicos, podem determinar, desde reações leves urticariformes e náuseas, até reações mais severas como edema de laringe, espasmo brônquio e parada cardio – respiratória. Adicionalmente fui informado que, devido aos grandes volumes injetados de meio de contraste (principalmente em tomografia computadorizada), há possibilidade de reações inflamatórias ao longo das veias utilizadas, assim como de ocasionais extravasamentos.

Declaro, outrossim, que me submeto de forma voluntária ao exame requisitado, face a necessidades diagnósticas do meu estado clínico.

Ituverava, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Nome do Assinante: \_\_\_\_\_

R.G. do Assinante: \_\_\_\_\_