

	Formulário	Nº Rec..FORM.029
	Titulo: PREPARO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	Implantada: 31/07/2026
	ESCLARECIDO SIALOGRAFIA	Versão: 2 PG: Página 1 de 2

PREPARO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – EXAME DE SIALOGRAFIA

Nome do paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Telefone: _____

O exame a ser realizado é denominado **Sialografia**, um procedimento radiológico destinado à avaliação das glândulas salivares maiores (principalmente parótidas e submandibulares) e de seus ductos excretores, por meio da introdução de contraste iodado e aquisição de imagens radiográficas.

Finalidade: A sialografia é indicada para o diagnóstico de alterações nas glândulas salivares, tais como:

- Obstruções por cálculos (sialolitíase);
- Processos inflamatórios (sialadenites);
- Dilatações ou estreitamentos dos ductos;
- Avaliação de alterações anatômicas ou pós-operatórias.

Preparo Prévio: Antes do exame, o paciente deve:

- Informar ao profissional sobre **alergias**, especialmente a substâncias **iodadas** ou medicamentos;
- Comunicar se faz uso de **medicação contínua, gestação, amamentação** ou **doenças pré-existentes**;
- Manter **higiene bucal adequada**;
- **Não realizar o exame em caso de infecção ativa** na cavidade oral ou nas glândulas salivares, salvo orientação médica;
- Não é necessário jejum, salvo orientação específica do médico solicitante.

Procedimento (Durante o Exame):

- O paciente será posicionado em frente ao aparelho de **raio X**;
- Após assepsia local, o profissional introduzirá um **cateter fino no ducto da glândula salivar** a ser avaliada;
- Será injetado um **meio de contraste iodado**, que permitirá a visualização das estruturas internas da glândula nas imagens radiográficas;
- Durante a injeção do contraste, pode ocorrer **leve sensação de pressão ou desconforto**;

Elaborado por: DIANNE CHIARELI NOWOGRODZKI	Aprovado por: MICHELLY CRISTIANE DE OLIVEIRA CARVALHO	Data de aprovação: 31/07/2026
---	---	-------------------------------

	Formulário	Nº Rec..FORM.029
	Titulo: PREPARO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	Implantada: 31/07/2026
	CLARECIDO SIALOGRAFIA	Versão: 2 PG: Página 2 de 2

- Após a aquisição das imagens, o contraste será drenado naturalmente, e o paciente poderá bochechar com água morna conforme orientação do profissional.

Cuidados Pós-Exame:

- Pode ocorrer **leve desconforto, inchaço local ou gosto residual do contraste**, que desaparecem em poucas horas;
- Recomenda-se **ingerir bastante água** após o exame para facilitar a eliminação do contraste;
- Caso surjam **dor intensa, inchaço persistente, febre ou sinais de infecção**, o paciente deve procurar atendimento médico;
- Retornar aos cuidados rotineiros, salvo contraindicação médica.

Riscos e Complicações Possíveis: Embora o exame seja considerado seguro, podem ocorrer:

- Reação alérgica ao meio de contraste iodado;
- Inflamação ou infecção local;
- Dor, edema ou obstrução transitória do ducto salivar;
- Extravasamento do contraste.

Em casos de reação alérgica, o serviço dispõe de suporte médico para atendimento imediato, caso apresente piora clínica após o exame entrar em contato com a clínica no telefone 62 3212-1015.

Benefícios Esperados: O exame proporciona **visualização detalhada das glândulas salivares**, auxiliando no diagnóstico preciso e no planejamento terapêutico adequado.

Declaração de Consentimento:

Declaro que fui devidamente informado (a) sobre o **procedimento de sialografia**, seus objetivos, benefícios, riscos e cuidados associados.

Recebi orientações sobre os **cuidados antes, durante e após o exame**, bem como sobre a possibilidade de recusar ou interromper o procedimento a qualquer momento.

Autorizo a realização da sialografia conforme descrito acima, assumindo estar ciente e de acordo com as informações fornecidas.

(li e compreendi) Assinatura do(a) Paciente ou Responsável:

Elaborado por: DIANNE CHIARELI NOWOGRODZKI	Aprovado por: MICHELLY CRISTIANE DE OLIVEIRA CARVALHO	Data de aprovação: 31/07/2026
---	---	-------------------------------