

MISTURACLARA LDA

Rua Julieta Ferrão n12, escritório 203

Cidade	LISBOA	C.Postal	1600-131
Contribuinte nº	510081649	Coun.	
C.R.C.		Nº	
Cap. Social			

Nome:

NIF:

N.Benef.

Data:

Sexo:

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA EXAMES DE
RADIOLOGIA DENTÁRIA**

nos termos da Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde

1. Diagnóstico e/ou descrição da situação clínica

O exame a realizar é um meio completar de diagnóstico com recurso a radiações ionizantes utilizado no diagnóstico e/ou tratamento em diversas áreas da medicina dentária, tais como: ortodontia, endodontia, implantologia, cirurgia, doenças periodontais ou diagnóstico de cáries.

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza, objetivo e benefício

O exame proposto de radiologia dentária intraoral e/ou extraoral possibilita a aquisição de imagens anatómicas, com o objetivo de auxiliar o médico no diagnóstico e/ou tratamento mais adequado e eficaz, resultando num benefício para a sua saúde.

3. Riscos graves e riscos frequentes

Hoje em dia, os exames com radiação X são realizados tendo por base o princípio da otimização, onde a dose utilizada é tão baixa quanto razoavelmente possível, de forma a garantir um correto diagnóstico e minimizando os riscos associados. Com a evolução tecnológica dos detetores de radiação, os valores da dose efetiva reduziram.

Tipo de exame	Intervalo de valor médio de dose efetiva típica (µSv)	Comparação com radiação natural
Intraoral	1-8	1 dia
Ortopantomografia	4-30	Alguns dias
Telerradiografia	2-3	1 dia
CcBCT	50-100	Alguns dias

Estes valores de dose efetiva correspondem a um risco muito reduzido para o paciente. Relativamente às mulheres em idade fértil, embora não sejam absolutamente contraindicados, estes exames são de evitar durante a gravidez.

No caso da permanência do cuidador na sala de exames seja indispensável à realização do ato, este estará exposto a radiação secundária, sendo esta tipicamente 1000 vezes inferior à radiação primária a que utente estará exposto.

Neste caso será disponibilizado ao cuidador equipamento de proteção individual, como um avental de chumbo.

4. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas, e risco de não tratamento

A ecografia e a ressonância magnética são utilizadas na aquisição de imagens para diagnóstico e/ou tratamento que não utilizam radiação ionizante.

O médico poderá recorrer a este tipo de exame, desde que forneça a informação desejada. No entanto podem não ser o método mais aconselhado cientificamente.

A não realização deste exame poderá implicar a não identificação da sintomatologia e o respetivo tratamento.

A. Parte declarativa do Profissional de Saúde:

Confirmando que expliquei ao utente/representante/cuidador abaixo indicados, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento.

Respondi as todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis neste contexto, no respeito pelos seus direitos. No caso da prescrição do exame ter origem externa, a identificação e assinatura do prescriptor encontra-se na sua requisição.

Nome do responsável pela realização da exposição médica: MISTURACLARA LDA

Contacto institucional: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Restrição de dose para proteção do cuidador (se aplicável):

.....
.....

B. Parte declarativa do Paciente ou Representante:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade para fazer as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir.

Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários ao meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Não Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários ao meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Possibilidade de estar grávida (se aplicável) : Sim Não

Solicito relatório do procedimento proposto: Sim Não

Nome do paciente: _____

Data: _____

Assinatura: _____

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE:
(se o menor tiver discernimento deve também assinar acima)**

Nome do representante/cuidador: _____

Grau de parentesco/representação: _____

N.º documento identificação: _____

Assinatura: _____

C. Parte declarativa do Cuidador do Paciente:

(Se aplicável)

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade para fazer as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir.

- Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários ao meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.
- Não Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários ao meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome do cuidador: _____

Grau de parentesco/representação: _____

N.º documento identificação: _____

Assinatura: _____