**ANEXO XIII**

**PROTOCOLO PARA RECOLHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO E DISPONIBILIZAÇÃO DO RELATÓRIO DE DOSE**

**Consentimento Informado (artigo 101.º, n.º 3, do Decreto-Lei)**

*Quando deve ser pedido o consentimento informado*: o consentimento informado para procedimento de radiodiagnóstico deve ser pedido previamente à sua realização.

*Qual a forma do consentimento informado*: a forma do consentimento informado poderá ser escrita ou oral. Caso o Titular prefira implementar um sistema de recolha de consentimento informado através de documento escrito, deverá utilizar minutas que respeitem as exigências previstas na Norma DGS n.º 015/2013, nomeadamente aquelas disponibilizadas no Apêndice I a este Anexo. O pedido de consentimento sob a forma oral não dispensa o cumprimento da Norma DGS, pelo que a informação a fornecer ao paciente previamente aos procedimentos deverá conter os aspetos essenciais vertidos nos modelos do Apêndice I a este Anexo.

*Para quantos atos vale um consentimento*: o consentimento informado deverá ser pedido para quantos procedimentos de radiodiagnóstico sejam necessários para uma determinada terapêutica, diagnóstico inicial ou objetivo clínico. Neste sentido, um consentimento informado poderá valer para atos de uma só consulta ou para atos de duas, três ou mais consultas. Note-se, por exemplo, que para a realização de tratamento ortodôntico, não é possível dar o consentimento informado como válido para todo o período pré e pós tratamento. No entanto, se o respetivo estudo ortodôntico exigir duas consultas para realização de procedimentos de radiodiagnóstico, o consentimento informado dado na primeira valerá também para a segunda. Fica, assim, no sentido de razoabilidade e de autonomia clínica do médico dentista apurar quando foi concluída a terapêutica ou foi atingido um específico objetivo clínico e para que ato ou conjunto de atos de radiodiagnóstico é que o consentimento é válido, sendo certo que o critério não é o da exposição concreta mas sim, em princípio, o da consulta.

*Registo da recolha do consentimento*: No fim de cada consulta deverá ser registado na ficha de paciente quantos procedimentos, e de que tipo, foram realizados, bem como que todos eles foram cobertos por consentimento prévio e informado por qualquer das formas admissíveis.

**Relatório de dose (artigo 102.º, n.º 2, do Decreto-Lei)**

*Quando e como deve ser fornecido*: Com o termo da validade do consentimento informado, a apurar nos termos do respetivo protocolo (ver ponto anterior), deve ser fornecida informação sobre a dose recebida e demais informação relevante relativamente ao(s) procedimento(s) de radiodiagnóstico. A informação referida pode ser prestada por escrito ou oralmente, conforme autonomia do médico dentista.

*Informação a fornecer*: deverá ser fornecida informação relativa a quantos procedimentos de radiodiagnóstico de cada tipo foram realizados no conjunto em questão. Para cada tipo de exame ou exposição deverá ser apresentada a banda de radiação, de preferência em µSv, e a banda de equivalência em dias de radiação natural e ainda a dose acumulada pelos procedimentos referidos.

*Registo*: deve ser registado na ficha de paciente quer a entrega do relatório de dose, quer o facto de a respetiva informação ter sido transmitida oralmente, dependendo do caso.

*Pedido do paciente*: sem prejuízo das obrigações referidas anteriormente, a informação do relatório de dose deverá ainda ser fornecida sempre que seja pedida pelo paciente. Uma vez que é um direito que lhe assiste, este último determinará se a informação deve ser prestada por escrito ou fornecida oralmente.

**Apêndice I**

**Consentimento informado, por prática**

**(modelos escritos)**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

|  |
| --- |
| Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, seus pais, tutor e/ou representante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me que houve um período de reflexão suficiente para tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos. |
| Nome do médico dentista: Cédula. Prof:  Clínica de medicina dentária:  Contacto(s) institucional(is): |
| Assinatura: Data: - - |

1. **Diagnóstico e ou descrição da situação clínica;**

Na Radiologia Intraoral obtêm-se imagens bidimensionais da dentição e estruturas ósseas, utilizando feixes de radiação X. Trata-se de um exame complementar de diagnóstico de imagem na área da medicina dentária aplicado em várias especialidades e situações: ortodontia, endodontia, implantologia, cirurgia, doenças periodontais ou diagnóstico de cáries. Propõe-se o exame para […].

1. **Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo;**

Durante a realização do exame de Radiologia Intraoral, os procedimentos individuais devem respeitar o princípio ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*). A dose deve ser otimizada de acordo com o objetivo clínico específico e as dimensões corporais do paciente. A dose expectável a receber por cada exposição é a seguinte [atualizar a tabela abaixo, cuja fonte é a IAEA - International Atomic Energy Agency, de acordo com os dados dos testes de aceitabilidade do equipamento logo que estiverem disponíveis]:

|  |  |
| --- | --- |
| Procedimento  Bitewing/periapical | Equivalência  (aproximado, em dias de radiação natural) |
| 1 a 8 μSv | Entre < 1 dia e 1,5 dias |

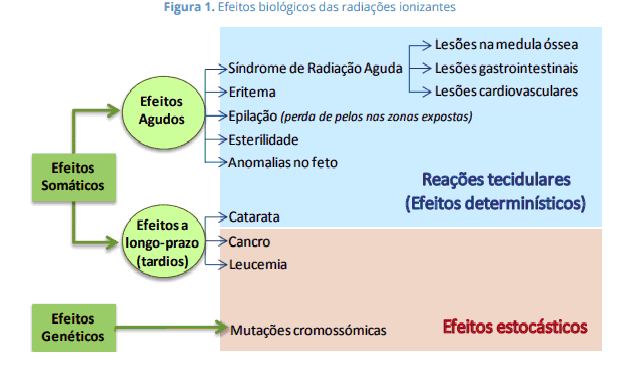
Caso seja necessária a permanência do cuidador na sala onde a radiografia é realizada, dado a sua presença se considerar indispensável, este estará exposto a radiação secundária, sendo esta tipicamente 1000 vezes inferior à radiação primária a que o utente estará exposto. Neste caso será disponibilizado ao cuidador equipamento de proteção individual, como um avental de chumbo. Os efeitos da radiação no cuidador poderão ser os mesmos e estão já descritos anteriormente. É aplicada uma restrição de dose de 30% sobre o limite de dose efetiva para os membros do público que é de 1 mSv por ano, resultando em 0,3 mSv.

1. **Benefícios;**

A aquisição de exames complementares de diagnóstico em Medicina Dentária, possibilita a visualização de estruturas dentárias e ósseas. Poderão ser fundamentais na elaboração ou confirmação de um diagnóstico, bem como auxiliar na determinação de um plano de tratamento adequado, resultando por isso num benefício para a sua saúde.

1. **Riscos graves e riscos frequentes;**

Os efeitos provenientes da radiação têm diferentes denominações em função do valor da dose, do tempo de manifestação e do nível orgânico. Assim, são classificados como efeitos estocásticos e determinísticos em função da dose, como somáticos e genéticos em função do nível do dano e como imediatos ou tardios em função do tempo de manifestação (ver figura).



1. **Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas;**

Exames complementares de diagnóstico que utilizam radiação X, permitem o estudo dos tecidos duros (ossos, dentes). Outros exames complementares, como a ecografia e a ressonância magnética, que não utilizam radiação ionizante, não são utilizados com o mesmo objetivo. Têm indicações específicas, que não se adequam à grande maioria das situações clínicas em Medicina Dentária.

1. **Riscos de não tratamento.**

Os benefícios da realização de um exame com radiação ionizante devem sempre sobrepor-se aos eventuais danos que possam surgir. Não obstante um diagnóstico, a adequada justificação para a sua realização é a base de todo o procedimento e consequente tratamento caso seja erradamente executado. A justificação assenta no ponto […] da Diretiva relativa à Justificação das Práticas em Medicina Dentária, emitida pela da Ordem dos Médicos Dentistas, datada de […].

Declaro ter lido e compreendido as informações acima descritas e, após ter tido o tempo de reflexão necessário, autorizo a realização do exame.

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 de fazer todas 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 sobre esta proposta, bem como do direito de livre revogação do presente consentimento, a todo o tempo e sem sujeição a quaisquer formalidades.

Declaro que se estiver grávida ou se suspeitar que possa estar grávida, informarei o médico dentista.

Declaro ter compreendido que, salvo o exercício do direito de livre revogação do presente consentimento, a todo o tempo e sem sujeição a quaisquer formalidades, o consentimento informado prolonga-se por tempo útil definido para o caso concreto do paciente, sendo que a sua renovação, informada, esclarecida e livre, será requerida sempre que novos dados de diagnóstico, prognóstico ou terapêutica o tornem desatualizado. Declaro ter compreendido que o presente consentimento informado é válido até …/ até que…/ por… (preencher conforme adequado).

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_-\_\_\_-\_\_

|  |
| --- |
| Se não for o próprio a assinar, por menoridade ou incapacidade  (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, ou consentir)  Nome completo e legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Doc. Identificação B.I/C.C: Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data ou validade: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  Grau de parentesco ou tipo de representação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Caso seja necessária a permanência do cuidador na sala de execução do exame.  Eu cuidador, declaro ter lido e compreendido as informações acima descritas e, após ter tido o tempo de reflexão necessário, autorizo a realização do exame. Declaro que se estiver grávida ou se suspeitar que possa estar grávida, informarei o médico dentista.  Nome completo e legível do cuidador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Doc. Identificação B.I/C.C: Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data ou validade: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  Grau de parentesco ou tipo de representação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

|  |
| --- |
| Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, seus pais, tutor e/ou representante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me que houve um período de reflexão suficiente para tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos. |
| Nome do médico dentista: Cédula. Prof:  Instituição da clínica de medicina dentária:  Contacto(s) institucional(is): |
| Assinatura: Data: - - |

1. **Diagnóstico e ou descrição da situação clínica;**

Na radiografia panorâmica, obtêm-se imagens bidimensionais da dentição e estruturas ósseas, utilizando feixes de radiação X. Trata-se de um exame complementar de diagnóstico de imagem na área da medicina dentária aplicado em várias especialidades e situações: ortodontia, endodontia, implantologia, cirurgia, doenças periodontais ou diagnóstico de cáries. Propõe-se o exame para […].

1. **Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo;**

Durante a realização da ortopantomografia, os procedimentos individuais devem respeitar o princípio ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*). A dose deve ser otimizada de acordo com o objetivo clínico específico e as dimensões corporais do paciente. A dose espectável a receber por cada exposição é a seguinte [atualizar a tabela abaixo, cuja fonte é a IAEA - International Atomic Energy Agency, de acordo com os dados dos testes de aceitabilidade do equipamento logo que estiverem disponíveis]:

|  |  |
| --- | --- |
| Procedimento  Ortopantomografia | Equivalência  (aproximado, em dias de radiação natural) |
| 4 a 30 μSv | Entre < 1 dia a 4,5 dias |

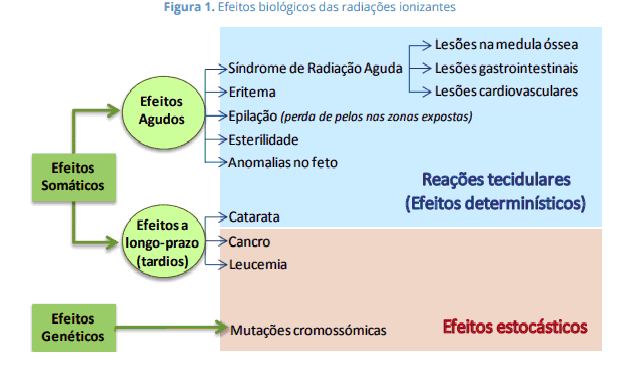
Caso seja necessária a permanência do cuidador na sala onde a radiografia é realizada, dado a sua presença se considerar indispensável, este estará exposto a radiação secundária, sendo esta tipicamente 1000 vezes inferior à radiação primária a que o utente estará exposto. Neste caso será disponibilizado ao cuidador equipamento de proteção individual, como um avental de chumbo. Os efeitos da radiação no cuidador poderão ser os mesmos e estão já descritos anteriormente. É aplicada uma restrição de dose de 30% sobre o limite de dose efetiva para os membros do público que é de 1 mSv por ano, resultando em 0,3 mSv.

1. **Benefícios;**

A aquisição de exames complementares de diagnóstico em Medicina Dentária, possibilita a visualização de estruturas dentárias e ósseas. Poderão ser fundamentais na elaboração ou confirmação de um diagnóstico, bem como auxiliar na determinação de um plano de tratamento adequado, resultando por isso num benefício para a sua saúde.

1. **Riscos graves e riscos frequentes;**

Os efeitos provenientes da radiação têm diferentes denominações em função do valor da dose, do tempo de manifestação e do nível orgânico. Assim, são classificados como efeitos estocásticos e determinísticos em função da dose, como somáticos e genéticos em função do nível do dano e como imediatos ou tardios em função do tempo de manifestação (ver figura).



1. **Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas;**

Exames complementares de diagnóstico que utilizam radiação X, permitem o estudo dos tecidos duros (ossos, dentes). Outros exames complementares, como a ecografia e a ressonância magnética, que não utilizam radiação ionizante, não são utilizados com o mesmo objetivo. Têm indicações específicas, que não se adequam à grande maioria das situações clínicas em Medicina Dentária.

1. **Riscos de não tratamento.**

Os benefícios da realização de um exame com radiação ionizante devem sempre sobrepor-se aos eventuais danos que possam surgir. Não obstante um diagnóstico, a adequada justificação para a sua realização é a base de todo o procedimento e consequente tratamento caso seja erradamente executado. A justificação assenta no ponto […] da Diretiva relativa à Justificação das Práticas em Medicina Dentária, emitida pela da Ordem dos Médicos Dentistas, datada de […].

Declaro ter lido e compreendido as informações acima descritas e, após ter tido o tempo de reflexão necessário, autorizo a realização do exame.

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 de fazer todas 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 sobre esta proposta, bem como do direito de livre revogação do presente consentimento, a todo o tempo e sem sujeição a quaisquer formalidades.

Declaro que se estiver grávida ou se suspeitar que possa estar grávida, informarei o médico dentista.

Declaro ter compreendido que, salvo o exercício do direito de livre revogação do presente consentimento, a todo o tempo e sem sujeição a quaisquer formalidades, o consentimento informado prolonga-se por tempo útil definido para o caso concreto do paciente, sendo que a sua renovação, informada, esclarecida e livre, será requerida sempre que novos dados de diagnóstico, prognóstico ou terapêutica o tornem desatualizado. Declaro ter compreendido que o presente consentimento informado é válido até …/ até que…/ por… (preencher conforme adequado).

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_-\_\_\_-\_\_

|  |
| --- |
| Se não for o próprio a assinar, por menoridade ou incapacidade  (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, ou consentir)  Nome completo e legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Doc. Identificação B.I/C.C: Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data ou validade: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  Grau de parentesco ou tipo de representação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Caso seja necessária a permanência do cuidador na sala de execução do exame.  Eu cuidador, declaro ter lido e compreendido as informações acima descritas e, após ter tido o tempo de reflexão necessário, autorizo a realização do exame. Declaro que se estiver grávida ou se suspeitar que possa estar grávida, informarei o médico dentista.  Nome completo e legível do cuidador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Doc. Identificação B.I/C.C: Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data ou validade: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  Grau de parentesco ou tipo de representação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

|  |
| --- |
| Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, seus pais, tutor e/ou representante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me que houve um período de reflexão suficiente para tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos. |
| Nome do médico dentista: Cédula. Prof:  Instituição da clínica de medicina dentária:  Contacto(s) institucional(is): |
| Assinatura: Data: - - |

1. **Diagnóstico e ou descrição da situação clínica;**

Na tomografia de feixe cónico (CBCT), obtêm-se imagens tridimensionais da dentição e estruturas maxilo-faciais, utilizando feixes de radiação X. Trata-se de um exame complementar de diagnóstico de imagem na área da medicina dentária aplicado em várias especialidades e situações: ortodontia, endodontia, implantologia, cirurgia, doenças periodontais. Propõe-se o exame para […].

1. **Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo;**

Durante a realização do exame, os procedimentos individuais devem respeitar o princípio ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*). A dose deve ser otimizada de acordo com o objetivo clínico específico e as dimensões corporais do paciente. A dose expectável a receber por cada exposição é a seguinte [atualizar a tabela abaixo, cuja fonte é a IAEA - International Atomic Energy Agency, de acordo com os dados dos testes de aceitabilidade do equipamento logo que estiverem disponíveis]:

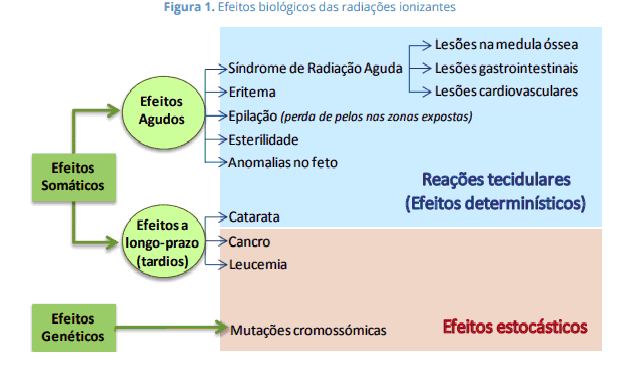
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Procedimento  CBCT | Equivalência  (em dias de radiação natural) |
| FOV pequeno | < ou = 50 μSv | Até 7,5 dias |
| FOV grande | 100 μSv | 15 dias |

Caso seja necessária a permanência do cuidador na sala onde a radiografia é realizada, dado a sua presença se considerar indispensável, este estará exposto a radiação secundária, sendo esta tipicamente 1000 vezes inferior à radiação primária a que o utente estará exposto. Neste caso será disponibilizado ao cuidador equipamento de proteção individual, como um avental de chumbo. Os efeitos da radiação no cuidador poderão ser os mesmos e estão já descritos anteriormente. É aplicada uma restrição de dose de 30% sobre o limite de dose efetiva para os membros do público que é de 1 mSv por ano, resultando em 0,3 mSv.

1. **Benefícios;**

A aquisição de exames complementares de diagnóstico em Medicina Dentária, possibilita a visualização de estruturas dentárias e ósseas. Poderão ser fundamentais na elaboração ou confirmação de um diagnóstico, bem como auxiliar na determinação de um plano de tratamento adequado, resultando por isso num benefício para a sua saúde.

1. **Riscos graves e riscos frequentes;**

Os efeitos provenientes da radiação têm diferentes denominações em função do valor da dose, do tempo de manifestação e do nível orgânico. Assim, são classificados como efeitos estocásticos e determinísticos em função da dose, como somáticos e genéticos em função do nível do dano e como imediatos ou tardios em função do tempo de manifestação (ver figura).

1. **Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas;**

Exames complementares de diagnóstico que utilizam radiação X, permitem o estudo dos tecidos duros (ossos, dentes). Outros exames complementares, como a ecografia e a ressonância magnética, que não utilizam radiação ionizante, não são utilizados com o mesmo objetivo. Têm indicações específicas, que não se adequam à grande maioria das situações clínicas em Medicina Dentária.

1. **Riscos de não tratamento.**

Os benefícios da realização de um exame com radiação ionizante devem sempre sobrepor-se aos eventuais danos que possam surgir. Não obstante um diagnóstico, a adequada justificação para a sua realização é a base de todo o procedimento e consequente tratamento caso seja erradamente executado. A justificação assenta no ponto […] da Diretiva relativa à Justificação das Práticas em Medicina Dentária, emitida pela da Ordem dos Médicos Dentistas, datada de […].

Declaro ter lido e compreendido as informações acima descritas e, após ter tido o tempo de reflexão necessário, autorizo a realização do exame.

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 de fazer todas 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 sobre esta proposta, bem como do direito de livre revogação do presente consentimento, a todo o tempo e sem sujeição a quaisquer formalidades.

Declaro que se estiver grávida ou se suspeitar que possa estar grávida, informarei o médico dentista.

Declaro ter compreendido que, salvo o exercício do direito de livre revogação do presente consentimento, a todo o tempo e sem sujeição a quaisquer formalidades, o consentimento informado prolonga-se por tempo útil definido para o caso concreto do paciente, sendo que a sua renovação, informada, esclarecida e livre, será requerida sempre que novos dados de diagnóstico, prognóstico ou terapêutica o tornem desatualizado. Declaro ter compreendido que o presente consentimento informado é válido até …/ até que…/ por… (preencher conforme adequado).

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_-\_\_\_-\_\_

|  |
| --- |
| Se não for o próprio a assinar, por menoridade ou incapacidade  (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, ou consentir)  Nome completo e legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Doc. Identificação B.I/C.C: Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data ou validade: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  Grau de parentesco ou tipo de representação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Caso seja necessária a permanência do cuidador na sala de execução do exame.  Eu cuidador, declaro ter lido e compreendido as informações acima descritas e, após ter tido o tempo de reflexão necessário, autorizo a realização do exame. Declaro que se estiver grávida ou se suspeitar que possa estar grávida, informarei o médico dentista.  Nome completo e legível do cuidador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Doc. Identificação B.I/C.C: Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data ou validade: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  Grau de parentesco ou tipo de representação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.