

# Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Exames de Radiologia

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 complementar de diagnóstico com recurso a radiações ionizantes utilizado no diagnóstico e/ou tratamento em diversas áreas da medicina.

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

O exame proposto de radiologia 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. Este tipo de exame pode ser de raio-X convencional, de mamografia, ou tomografia computadorizada (TC).

## 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. Estes valores de dose efetiva correspondem a um risco muito reduzido para o paciente.

Tipo de exame	Intervalo de valor médio de doses efetiva típica (mSv)	Comparação com radiação natural
Raio-X	0,1 – 1,5	10 dias a 6 meses
Mamografia	0,3 – 0,4	5 a 7 semanas
TC	1,5 - 20	6 meses a 7 anos

Relativamente às mulheres em idade fértil, embora não sejam absolutamente contraindicados estes exames é de evitar durante a gravidez. Caso haja a possibilidade de estar grávida, por favor, avise antes de fazer o exame.

No caso da permanência do representante/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 representante/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 respectivo 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. Respondo 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 prescritor encontra-se na sua requisição.

Nome do responsável pela realização da exposição médica:      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: Sim  Não  (Se aplicável)

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:      N.º documento identificação:      Grau de parentesco/representação:      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:      N.º documento identificação:      Grau de parentesco/representação:      Assinatura:

# DIMAG

DIAGNÓSTICO MÉDICO PELA IMAGEM

Para a realização do seu exame pode ser necessária a administração de produto de contraste iodado por via intravenosa. A decisão da administração de contraste cabe ao médico responsável pelo exame e será baseada na informação clínica.

A administração de contraste requer alguma precaução perante um determinado grupo de pacientes. Os efeitos secundários são frequentemente passageiros ou moderados. No entanto, também podem ocorrer reações mais graves e, embora raramente, com perigo de vida.

<b>Reação Leve:</b>	<b>Reação Moderada:</b>	<b>Reação Grave:</b>
- Gosto metálico; - Sensação de calor na face, pescoço e gónadas; - Náuseas.	- Edema da face; - Broncoespasmo.	- Insuficiência renal; - Insuficiência respiratória; - Edema da glote; - Perigo de vida.

Com o objetivo de avaliar o seu grau de risco solicitamos que preencha o seguinte questionário:

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Hipersensibilidade a meios de contraste iodado (se já teve alguma reação ao produto de contraste).			Hipertiroidismo, bócio nodular		
Predisposição alérgica (iodo, fenos, pólen, marisco/outros alimentos, medicamentos/injetáveis, alergia da pele (urticária)).			Mieloma múltiplo		
Problemas respiratórios (asma, bronquite, rinite alérgica).			Gravidez/Aleitamento		
Insuficiência renal					
Feocromocitoma					

Eu, abaixo assinado, declaro que fui devidamente informado e autorizo a realização do exame TAC, com a injeção de produto de contraste iodado, se necessário.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do utente ou responsável)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Profissional de Saúde)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DE SAÚDE

---

UTENTE: **RAQUEL ALEXANDRA ALMEIDA CORREIA**

Nº PROCESSO: **00000**

1. O utente autoriza DIMAG - Diagnóstico Médico Pela Imagem, S.A. a inserir os seus dados pessoais na base de dados e/ou ficheiros de que dispõe, para tratamento interno, nomeadamente para centralizar informações de carácter contratual.
2. Os dados pessoais do utente apenas podem ser solicitados para atender a propósitos lícitos e apenas devem ser utilizados para os fins pelos quais foram inicialmente solicitados, não devendo ser mantidos ou utilizados para outros propósitos.
3. Os dados pessoais do utente serão mantidos durante todo o tempo em que se mantiver a relação comercial com DIMAG - Diagnóstico Médico Pela Imagem, S.A. ou durante o tempo em que legalmente for obrigada a manter, por respeito a questões fiscais.
4. O utente presta ainda o seu consentimento à eventual transmissão de dados pessoais a um subcontratante que possa vir a efectuar o tratamento desses mesmos dados.

Aceito as cláusulas acima referidas:  SIM  
 NÃO

Viseu, 27 de janeiro de 2022

---

Assinatura conforme o BI/CC

