

FORMULÁRIO

CONSENTIMENTO DE EXAME RADIOLÓGICO EM GESTANTE

**CÓDIGO:
FP.RAD.002**

REVISÃO: 00

PÁGINA:1/2

Eu, _____,
portador(a) do RG/ CPF _____, residente na [Endereço Completo]
_____, declaro que fui informado(a) pelo profissional de saúde sobre a necessidade e os procedimentos a serem realizados para os exames radiológicos durante minha gestação na Maternidade Municipal Lourdes Nogueira.

Entendo a importância dos exames radiológicos para o diagnóstico e acompanhamento adequado da minha saúde e a saúde do meu filho(a) em gestação. Recebi explicações claras da equipe médica sobre a natureza e objetivos do exame, tendo a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas de forma completa e satisfatória. Como gestante, fui informada pelo médico radiologista sobre os riscos, benefícios e alternativas relacionadas ao exame indicado, incluindo os riscos associados à radiação ionizante.

O médico solicitante justificou a necessidade do exame considerando os benefícios superiores aos possíveis danos, ressaltando a falta de técnicas alternativas igualmente eficazes para o diagnóstico. Estou ciente dos potenciais riscos da radiação ionizante durante a gravidez, incluindo seus possíveis impactos no desenvolvimento fetal, que podem ser agravados dependendo do estágio gestacional e da dose de radiação recebida.

Estou ciente dos potenciais riscos associados à exposição à radiação ionizante durante a gravidez, tais como um possível impacto no desenvolvimento fetal, dependendo do tempo de gestação e da dose de radiação recebida, e que estes efeitos podem também ocorrer naturalmente ou induzidos por outros fatores que não estão relacionados à realização desse exame

Fui informado(a) sobre as medidas de segurança radiológica que serão adotadas para reduzir ao máximo a exposição à radiação, equipamentos de proteção individual protetor de tireoide incluindo o uso de avental plumbífero para proteção abdominal confeccionados de material de chumbo, para que a dose de radiação aplicada seja a menor possível durante a realização dos exames solicitados quando estritamente necessário para o diagnóstico médico.

Compreendo que posso buscar esclarecimentos adicionais junto ao meu médico ou à equipe de radiologia da Maternidade Municipal Lourdes Nogueira antes de consentir com a realização dos exames.

Autorizo, voluntariamente, a realização dos exames radiológicos necessários durante minha gestação, entendendo os benefícios e riscos associados, conforme explicado pela equipe médica.

FORMULÁRIO

CONSENTIMENTO DE EXAME RADIOLÓGICO EM GESTANTE

**CÓDIGO:
FP.RAD.002**

REVISÃO: 00

PÁGINA:2/2

Data: ____/____/____

Assinatura da Gestante: _____

Assinatura do Responsável, se aplicável: _____

Nome do Médico Responsável: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____

Este termo tem o objetivo de registrar o consentimento informado da gestante para a realização de exames radiológicos durante sua gravidez na Maternidade Municipal Lourdes Nogueira, demonstrando que ela foi adequadamente informada sobre os procedimentos e riscos envolvidos.