

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO  
DE EXAME COM RADIAÇÃO IONIZANTE EM PACIENTE GESTANTE  
OU COM SUSPEITA DE GESTAÇÃO**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/____</p> <p style="text-align: center;">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p> </div>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

A indicação de **EXAME COM RADIAÇÃO IONIZANTE** deve considerar o benefício obtido pela gestante e a disponibilidade de exames alternativos e inócuos ao feto, como a ultrassom e a ressonância magnética. Sempre que o exame radiológico for necessário e indicado, deve-se discutir a sua utilidade, riscos e benefícios com a paciente e seus familiares, por considerar que o benefício do exame é superior ao risco de efeitos adversos da radiação ionizante sobre o embrião.

Nossa instituição adota medidas efetivas de proteção radiológica e possui equipamentos modernos, regularmente calibrados e aferidos, visando à segurança a gestante e ao feto caso o **EXAME COM RADIAÇÃO IONIZANTE** seja indicado.

Por fim, declaro ter lido as informações, e que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que o **EXAME COM RADIAÇÃO IONIZANTE** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o **EXAME COM RADIAÇÃO IONIZANTE** proposto.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Médico    Paciente ou Representante ou Responsável

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO	
<p>Revogo o consentimento prestado na data de: ___/___/___ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim <b>ISENTO</b> de qualquer responsabilidade o médico assistente.</p> <p>Local e data: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Médico    Paciente ou Representante ou Responsável</p>	