



<b>UNIDADE DE SAÚDE ORAL</b>
<b>AUDITORIA CONSENTIMENTOS INFORMADOS</b>

**OBJETIVO:** Observar o nível de cumprimento da Norma nº 15/2013  
**LOCAL:** Centro de Saúde de \_\_\_\_\_  
**CONSIDERA-SE:** Evidência confirmada (1); Ausência de evidência (0); Não Aplicável (NA)

**DATA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**AUDITORES:** \_\_\_\_\_

Nº PROCESSO										
Existência do consentimento informado no processo clínico. *										
Descrição do ato a que o doente vai ser submetido										
Assinatura do profissional										
Assinatura do doente										
Registo no processo clínico de que foi entregue cópia ao doente										

\* Anestesia (a); Biopsia (b); Cirurgia Óssea (c); Cirurgia tecidos moles (d); Tratamento periodontal (e); TER (f); Restauração dentária (g); Consulta/levantamento de processo e ECDT (h); Participação em estudo/investigação (i); Execução de Rx (j) Recusa de Tratamento (k);