

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu _____
nome _____ profissão _____

Inscrito(a) no: _____ sob n° _____
conselho profissional

CPF _____ RG _____

Domicílio à rua _____ cidade de _____

Fone _____ Fax _____ Declaro que sou o(a) responsável técnico pelo:

_____ estabelecimento

Sita à rua: _____

Pelo qual responderei junto à autoridade sanitária quanto às exigências da legislação vigente. Declaro-me, outrossim, ciente de que está sob minha responsabilidade, fazer cumprir, entre outras, as seguintes condições:

* Assegurar que nos procedimentos radiológicos sejam utilizados as técnicas e os equipamentos adequados.

* Zelar para que as exposições de pacientes sejam as mínimas necessárias para atingir o objetivo do procedimento radiológico requisitado, levando em conta os padrões aceitáveis de qualidade de imagem e as restrições conferidas pelos níveis de referência de radiodiagnóstico estabelecidos na Portaria 453/98.

* Elaborar e revisar as tabelas de exposição (técnicas de exames) para cada equipamento de raios-X do serviço.

* Orientar e supervisionar as atividades da equipe no que se refere às técnicas e procedimentos radiológicos.

* Assegurar que sejam feitos os assentamentos dos procedimentos radiológicos, requeridos na Portaria 453/98.

_____/_____/_____
Data

Assinatura