

PRESIDIO NUOVO REGINA MARGHERITA  
U.O.C. RADIOLOGIA  
Direttore: Dott.ssa P. Cerro

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE**

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

**Nata/o il** \_\_\_\_\_ **Luogo** \_\_\_\_\_

**COS'E'**

E' un'indagine che utilizza i Raggi X (radiazioni ionizzanti) per studiare diverse strutture anatomiche ( ossa, articolazioni, polmoni)

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

**A COSA SERVE**

L'esame RX viene utilizzato come prima indagine nel sospetto diagnostico delle patologie dell'apparato respiratorio, osteoarticolare ed in alcune patologie addominali.

**COME SI EFFETTUA**

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene posizionato sull'apparecchio radiologico secondo le posizioni e i decubiti previsti per lo studio del distretto in esame.

Durante l'esecuzione il paziente è invitato a mantenere l'immobilità ed in alcuni casi a trattenere il respiro

**COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE**

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame.

**PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI**

Prima dell'esame di solito non occorre alcuna preparazione. E' opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE  
DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di esercente la potestà sul minore.....

in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Esame Radiologico Convenzionale.

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

### **Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto**

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

- accetto l'indagine proposta       rifiuto l'indagine proposta

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

Medico radiologo \_\_\_\_\_

Eventuale interprete \_\_\_\_\_

### **DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

- SI     NO

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

### **POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

*Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".*

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_