

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b>	Ultima Rev.: 19/09/2019
	<b>INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO          RISCHIO LEGATO ALL'USO DI RADIAZIONI IONIZZANTI          NELLE DONNE IN ETÀ FERTILE</b> <i>(art. 10 comma 4 e Allegato VI D.Lgs. 187/2000)</i>	

*Gentile Signora,*

in conformità con la normativa vigente, con la presente vogliamo informarla sui possibili rischi conseguenti all'esposizione a radiazioni ionizzanti per le donne in età fertile.

Le radiazioni ionizzanti (genericamente chiamate Raggi X) possono causare delle alterazioni genetiche e/o cromosomiche, specie nelle cellule ad alta attività proliferativa.

L'embrione e il feto sono sensibili alle radiazioni in misura variabile, in funzione dello stadio di sviluppo. Prima dell'impianto dell'embrione (9° giorno dalla fecondazione), gli effetti di un'irradiazione possono determinare la morte dell'embrione stesso o al contrario, non avere conseguenze sul suo sviluppo. Durante la fase fetale (dall'inizio del 3° mese fino al termine della gravidanza) la frequenza e la gravità delle malformazioni diminuiscono, mentre risulta rilevante il rischio di uno sviluppo difettoso del sistema nervoso centrale che è radiosensibile per buona parte di questo periodo. I danni principali che ne potrebbero conseguire, sono rappresentati da microcefalia e ritardo mentale.

Tutte le persone di sesso femminile, in età fertile, potenzialmente in stato di gravidanza sono esposte a questo rischio, qualora siano sottoposte ad esame radiologico, mammografico o TAC in particolare del torace e dell'addome.

La preghiamo quindi, nel Suo interesse e in quello del nascituro, di **informarci di un eventuale o certo stato di gravidanza, prima dell'esecuzione dell'esame.**

In presenza di un riconosciuto stato di necessità, l'esame sarà eseguito riducendo al minimo la durata di esposizione o il numero di scansioni nel caso di TAC, per proteggere Lei e il Suo bambino.

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritta (nome e cognome leggibili) \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

#### Dichiaro

di aver capito quanto riportato nell'informativa, di aver domandato quanto desideravo sapere e di aver ricevuto risposte esaurienti, di aver infine compreso i rischi eventualmente associati all'esecuzione dell'esame.

Dichiaro inoltre

DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_