

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b>	<b>M-DI-06</b>
	<b>SERVIZIO DI RADIOLOGIA</b>	
	<b>INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE</b>	
		Rev. n. 0
		Ultima Rev.: 29/03/2021

*Gentile Utente,*

*le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposta/Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente.*

*Potrà comunque chiedere ulteriori chiarimenti al Suo Medico curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.*

### **CHE COSA È L' ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE**

E' un esame che utilizza i Raggi X (radiazioni ionizzanti) per studiare diverse strutture anatomiche (ossa, articolazioni, polmoni). Costituisce la prima indagine nel sospetto diagnostico delle patologie dell'apparato respiratorio, osteoarticolare ed in alcune patologie addominali.

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.

### **COME SI EFFETTUA L'ESAME**

Il Paziente viene posizionato sull'apparecchio radiologico secondo le posizioni e i decubiti previsti per lo studio del distretto in esame. Durante l'esecuzione si raccomanda di rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente o in apnea quando richiesto.

### **EVENTUALI COMPLICANZE**

L'esame non è doloroso né fastidioso 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.

### **ANAMNESI:**

---



---



---



---



---

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE**, preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica ne autorizza l'esecuzione e firma in calce alla dichiarazione di consenso

<input type="checkbox"/> <b>NON NE AUTORIZZA L'ESECUZIONE PER</b> .....	
Data _____	Firma del Medico _____

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

### DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

Ricoverato (reparto: \_\_\_\_\_)  Non ricoverato

### DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI TITOLARI CONSENSO:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

Documento identificativo \_\_\_\_\_

In qualità di:  GENITORE (se Paziente minorenni)  TUTORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  
 ALTRO \_\_\_\_\_

### PER LE DONNE IN ETA' FERTILE (art. 10 comma 4 e Allegato VI D.Lgs 187/2000)

**Le donne in età fertile devono valutare la possibilità di uno stato di gravidanza ed informarne il Medico Radiologo:** le radiazioni ionizzanti sono nocive all'embrione e al feto e possono causare danni quali: malformazioni, disturbi dell'accrescimento, ritardi mentali, leucemie od altri tumori pediatrici, interruzione della gravidanza.

**Dichiaro di:**

**NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

**Dichiaro di:**

- aver letto e compreso l'informativa;
- di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione, alternative;
- di aver ricevuto risposte approfondite e comprensibili ai chiarimenti da me richiesti.

Pertanto

- ACCONSENSO** all'esecuzione dell'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE  
 **NON ACCONSENTO** all'esecuzione dell' **ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE**

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del Titolare del consenso \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

*In qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario è possibile revocare il proprio consenso*

### REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**REVOCO** il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

*\*\* Il CONSENSO INFORMATO del Paziente deve necessariamente essere stampato fronte / retro.*