

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-DI-03
	SERVIZIO DI RADIOLOGIA	Rev. n. 3
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER TAC	Ultima Rev.: 16/02/2026

Gentile Utente,

le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposta/o 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 LA TAC

La TAC (**Tomografia Assiale Computerizzata**) è una metodica di diagnostica per immagini, che utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X) e consente di riprodurre sezioni o strati (tomografia) corporei del Paziente e di effettuare elaborazioni tridimensionali.

COME SI EFFETTUA L'ESAME

Il Paziente viene posizionato sul lettino che si muove all'interno di una struttura circolare (*gantry*) al cui interno si trovano la fonte dei raggi X e il sistema di rilevamento. I dati sono inviati al computer del sistema dove vengono elaborati e trasformati in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio.

La durata dell'esame è generalmente compresa tra 15 e 30 minuti. Durante l'acquisizione delle immagini è importante rimanere il più possibile immobili, respirando regolarmente o trattenendo il respiro quando richiesto dagli Operatori. Il Paziente rimane costantemente in contatto vocale con il personale sanitario, che lo osserva e lo monitora durante tutta la durata dell'esame ed è pronto a intervenire in caso di necessità.

EVENTUALI EFFETTI COMPLICANZE

L'esecuzione dell'esame TAC, in assenza di somministrazione di mezzo di contrasto, non comporta generalmente effetti collaterali immediati.

Come per tutte le indagini che utilizzano radiazioni ionizzanti, l'esame viene eseguito solo quando clinicamente indicato e con l'impiego della **minima dose di radiazioni necessaria**, secondo i principi di giustificazione e ottimizzazione.

PREPARAZIONE NECESSARIA

Di norma non è richiesta alcuna preparazione specifica. È comunque opportuno rimuovere oggetti metallici, monili o indumenti con parti metalliche, in quanto potrebbero interferire con la qualità delle immagini. Il Paziente, preso atto delle informazioni contenute nel presente modulo, può in qualsiasi momento richiedere ulteriori chiarimenti al Medico Radiologo prima dell'esecuzione dell'esame.

Si raccomanda di portare in visione la documentazione sanitaria precedente di interesse all'esame da effettuare.

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Età _____ Peso in kg _____

Recapito Tel. _____ Non ricoverato Ricoverato (Reparto: _____)

ANAMNESI:

Documentazione precedente	<input type="checkbox"/> PACS	DATA _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Copia referti			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Importati cd/dvd su pacs			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Esami lasciati in visione M-AZ-45			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME TAC, 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

NON NE AUTORIZZA L'ESECUZIONE PER

Data _____ Firma del Medico _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____

Non ricoverato Ricoverato (reparto: _____)

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 ETÀ 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.

E pertanto

- ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame TAC
 NON ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame TAC

Firma del Paziente _____

(o del Titolare del consenso)

Data _____ **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.

Firma del Paziente _____
(o del Titolare del consenso)

Data _____ Firma del Medico _____

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