

 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>	Rev. n. 3
	<b>INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE</b>	Ultima Rev.: 16/02/2026

*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**

L'esame radiologico convenzionale è un'indagine di diagnostica per immagini che utilizza raggi X (radiazioni ionizzanti) per lo studio di diverse strutture anatomiche, quali ossa, articolazioni e polmoni. Rappresenta spesso l'esame di primo livello nel sospetto diagnostico di patologie dell'apparato respiratorio, osteoarticolare e, in alcuni casi, di patologie addominali. Poiché comporta esposizione a radiazioni ionizzanti, l'esame viene eseguito solo in presenza di una specifica indicazione clinica. Le donne in età fertile devono segnalare un'eventuale gravidanza in atto o sospetta prima dell'esecuzione dell'indagine.

### **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**

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.

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

**Luogo di nascita** \_\_\_\_\_ **Prov.** \_\_\_\_\_ **Età** \_\_\_\_\_ **Peso in kg** \_\_\_\_\_

**Recapito Tel.** \_\_\_\_\_  **Non ricoverato**  **Ricoverato (Reparto: \_\_\_\_\_ )**

### **ANAMNESI:**

---



---



---



---



---



---

<b>Documentazione precedente</b>	<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 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 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

**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

#### 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 probabilità di uno stato di gravidanza ed informarne il Medico Radiologo:** le radiazioni ionizzanti sono nocive all'embrione e al feto e possono causare danni (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

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

Data \_\_\_\_\_ **Firma del Medico / equipe sanitaria** \_\_\_\_\_

*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.*