

S.C. RADIODIAGNOSTICA UNIFICATA VERCELLI-BORGOSIESIA

CONSENSO INFORMATO PER ESAMI RADIOLOGICI E TC SENZA MEZZO DI CONTRASTO

(ai sensi del DL 230/95 e seg. e del DL 196/2003 ed in accordo alle indicazioni SIRM)

NOTA INFORMATIVA

Gli esami di diagnostica per immagini quali: RX, Ortopantomografia, TC, Densitometria si basano sull'erogazione di radiazioni ionizzanti.

In questa struttura gli esami mediante raggi X sono eseguiti nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica. Le dosi di radiazioni erogate per ogni singolo esame sono mantenute a livello minimo compatibile con una accurata diagnosi e comunque inferiore ai Livelli Diagnostici di Riferimento stabiliti dalle vigenti Direttive dell'Unione Europea. Il rischio radiologico è pertanto molto basso e sicuramente sovrastato dal beneficio diagnostico ricevuto dal paziente per un esame giustificato.

In particolare, l'esame è effettuato solo se:

- Vi è una richiesta diagnostica motivata;
- Non esistono, in alternativa, altri tipi di esame senza raggi X;
- Non vi sono altri reperti diagnostici validi (il paziente deve informare il radiologo se è in possesso di altri esami radiologici eseguiti di recente in un esame dello stesso distretto anatomico);

In questa struttura radiologica l'attrezzatura è sottoposta a:

- Prove di verifica periodiche delle caratteristiche di funzionamento.
- Controlli di qualità periodici da parte dell'esperto in fisica medica.
- Misure per la determinazione della dose al paziente al fine di ottimizzare la tecnica diagnostica per la tutela della salute del paziente.

Nel DL 187/2000 si afferma che nelle donne in stato di gravidanza non è consentito alcun impiego a scopo diagnostico di radiazioni ionizzanti, tranne che nei casi urgenti per pericolo di vita. In ogni caso l'indagine deve essere eseguita solo dopo aver ottenuto il consenso informato scritto dalla paziente. Anche in caso di incertezza sullo stato di gravidanza o meno l'indagine viene rimandata.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____, il _____

Dichiaro/a di essere stato/a informato/a riguardo ai rischi da esposizione a RADIAZIONI IONIZZANTI ed alla procedura di esecuzione dell'indagine.

Confermo di aver compreso le spiegazioni fornite nella "NOTA INFORMATIVA" e pertanto:

Acconsento NON acconsento

all'espletamento dell'indagine diagnostica.

Data _____



Firma paziente _____

Esercente la Potestà/Tutore _____

(vedi retro)

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Annalisa Oppezzo- Dirigente Medico Radiodiagnostica Agosto 2022	Scipione. Gatti, Direttore ff SC Direzione Medica di presidio Agosto 2022	Riccardo. Vigone, Direttore ff SC Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia Agosto 2022	Riccardo. Vigone, Direttore ff SC Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia Agosto 2022
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

(da compilare solo se paziente minore)

CONSENSO INFORMATO PER UTILIZZO DELLE RADIAZIONI IONIZZANTI NEI MINORI

NOTA UTILIZZO DELLE RADIAZIONI IONIZZANTI NEI MINORI

Le radiazioni ionizzanti (raggi X) sono spesso indispensabili per programmare diagnosi e terapie, ma sono anche potenzialmente dannose, in particolar modo durante la fase evolutiva. Pertanto, appare necessario informare approfonditamente il genitore o chi ne esercita la patria potestà prima di acquisirne il consenso all'effettuazione dell'esame.

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a genitore (o tutore legale)

di

dichiara

- di essere stato informato dei possibili rischi conseguenti all'esposizione a radiazioni ionizzanti (RAGGI X)
 - di aver compreso le spiegazioni fornite nella "NOTA INFORMATIVA"
- e pertanto:

Accenso NON accenso

all'esecuzione dell'esame.

➔ Data _____ Firma del genitore o Esercente la Potestà/Tutore _____

(da compilare solo da donne in età fertile)

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI NO

➔ Data ___/___/_____ Firma della Paziente _____

(Se paziente minorenni è necessaria firma di un genitore o di chi ne fa le veci.)

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

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; in alternativa il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà richiesto il Suo consenso. Tutte le informazioni raccolte ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 e successive modificazioni, concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

Nome e Cognome _____ In data ___/___/_____ **REVOCO IL CONSENSO**
 Firma _____ (Se paziente minorenni firma di un genitore/tutore)

Data _____ Firma e Timbro del Medico RADIOLOGO _____

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Annalisa Oppezzo- Dirigente Medico Radiodiagnostica Agosto 2022	Scipione. Gatti, Direttore ff SC Direzione Medica di presidio Agosto 2022	Riccardo. Vigone, Direttore ff SC Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia Agosto 2022	Riccardo. Vigone, Direttore ff SC Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia Agosto 2022
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			