

ESAMI RADIOLOGICI SENZA MEZZO DI CONTRASTO FOGLIO INFORMATIVO PER I PAZIENTI

(Consenso informato redatto in riferimento alla normativa per la protezione di persone esposte ai raggi X per motivi sanitari)

In questo studio radiologico gli esami mediante i raggi X sono eseguiti nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica. Le dosi di radiazioni erogate ai pazienti per ogni singolo esame sono mantenute al livello minimo compatibile con una accurata diagnosi e comunque inferiori 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 viene 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 dovesse essere in possesso di indagini radiografiche eseguite di recente a carico dello stesso distretto anatomico);
- l'attrezzatura disponibile in questo studio radiologico consente la minor dose di radiazioni compatibilmente con il risultato diagnostico necessario.

In questo studio radiologico l'attrezzatura radiologica è sottoposta a:

- prove di verifica periodiche delle caratteristiche di funzionamento da parte di un professionista laureato ed esperto in fisica medica a seguito delle quali è rilasciata specifica documentazione scritta;
- controlli di qualità periodici da parte dello stesso esperto in fisica medica a seguito dei quali è rilasciata specifica documentazione scritta;
- misure per la determinazione della dose al paziente al fine di ottimizzare la tecnica diagnostica per la tutela della salute del paziente.

Lo stato di gravidanza è una controindicazione all'esecuzione di un esame radiologico.

Al fine di analizzare con particolare attenzione il bilancio rischio - beneficio per la paziente in gravidanza, accertata o potenziale, si chiede espressamente alle pazienti di questo studio, che non siano in grado di escludere la gravidanza, di informarne il radiologo.

Nega lo stato di gravidanza (firma): _____

Io paziente _____ nato/a il _____

Oppure (per utenti minorenni)

Io sottoscritto, _____ Nato a _____ il ____/____/____

Documento d'identità _____

In qualità di Esercente la potestà genitoriale Tutore Amministratore di sostegno Legale rappresentante

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

la sua esecuzione con le modalità ritenute più opportune dal medico specialista radiologo.

Data: _____ **Firma per il consenso all'esecuzione dell'esame:** _____

DICHIARAZIONE DELL'INCARICATO DELL'INFORMATIVA AL PAZIENTE

Io sottoscritto _____ confermo e attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

Data _____ **L'INCARICATO** _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____/____/____
REVOCO il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data, _____
Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante _____

Firma del medico responsabile _____