



## FOGLIO INFORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI RADIOLOGICI

### DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI:

<input type="checkbox"/> <b>GENITORI</b> (se paziente minorenne)	<input type="checkbox"/> <b>TUTORE</b> <input type="checkbox"/> <b>AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</b> <input type="checkbox"/> <b>FIDUCIARIO</b>
---	--

### SOGGETTO 1:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SOGGETTO 2:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gentile Signora, Gentile Signore,

desideriamo fornirle alcune informazioni relative all'utilizzo delle radiazioni ionizzanti.

Le radiazioni ionizzanti (raggi X) hanno un effetto dannoso accertato sulle cellule dell'organismo umano.

Alle dosi comunemente usate il rischio di danni è, in teoria, solo potenziale, ed è irrilevante rispetto al vantaggio di ottenere una diagnosi sulla malattia del paziente.

L'indicazione all'indagine radiologica e le modalità di esecuzione rispetta i principi di ottimizzazione e di responsabilità prescritti dal D.Lgs. 187/2000.

Ciò significa che le dosi di raggi X saranno mantenute al livello più basso ragionevolmente ottenibile e compatibile con il raggiungimento dell'informazione diagnostica richiesta.

Inoltre, l'opportunità di utilizzare tecniche sostitutive o metodologie idonee è stata valutata sia dal Medico richiedente che dal Radiologo e pertanto l'indagine radiologica concordata risulta indispensabile ai fini della diagnosi.

Tuttavia si deve usare particolare **attenzione nei bambini** perché i tessuti in accrescimento dei soggetti giovani sono più sensibili alle radiazioni.



**Le donne in età fertile devono valutare la possibilità di uno stato di gravidanza e nell'incertezza informare il Radiologo.**

Prima di sottoporsi ad un esame radiografico, devono essere certe di non essere in stato di gravidanza perchè le radiazioni sono nocive all'embrione e al feto. \* I danni che i raggi X possono causare sono: malformazioni, disturbi dell'accrescimento, ritardi mentali, leucemie od altri tumori pediatrici, interruzione della gravidanza.

Se non si è in grado di escludere una gravidanza in atto è importante segnalarlo al medico che richiede o che deve eseguire l'esame radiografico.

**Le donne in stato di gravidanza accertata devono avvertire il radiologo prima dell'inizio dell'esame.**

Per queste ultime, ove le circostanze di non urgenza o emergenza lo permettano, sarà possibile una valutazione preliminare della dose da erogare o trascrivere la dose erogata.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del paziente / genitori  
tutore / amministratore di sostegno / fiduciario

Firma del Medico



## CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI RADIOLOGICI\*

### Dati del paziente

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### Dati genitori in caso di pazienti minori

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### Dati di altri soggetti aventi titolo

Tutore  Amministratore di sostegno  Fiduciario del paziente:

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Informato/a dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Esame Radiologico Convenzionale, reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

**accetto** l'indagine proposta

**rifiuto** l'indagine proposta.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato / genitori  
tutore / amministratore di sostegno / fiduciario

Firma del Medico

### Per le donne in età fertile

### DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

**SI**

**NO**

Data

Firma della paziente