

COS' È

È un'indagine che utilizza i Raggi X (radiazioni ionizzanti) per studiare diverse strutture anatomiche. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

A COSA SERVE

L'esame Radiologico viene utilizzato nel sospetto diagnostico delle patologie dell'apparato respiratorio, osteoarticolare ed in alcune patologie addominali e orali.

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene posizionato sull'apparecchio radiologico secondo le posizioni e i decubiti previsti per lo studio del distretto in esame.

Durante l'esecuzione il paziente è invitato a mantenere l'immobilità ed in alcuni casi a trattenere il respiro.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Prima dell'esame di solito non occorre alcuna preparazione. È opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO CON RADIAZIONI IONIZZANTI**

DICHIARANTE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____/____/____
residente in _____ Via _____, n. _____

- 1) in qualità di esercente la potestà sul minore: _____
cognome, nome e data di nascita
- 2) in qualità di tutore del paziente _____

Informato/a dal Prof./Dott. _____ sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Esame Radiologico con Radiazioni Ionizzanti.

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.

PRESA 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

Eventuale interprete _____

Data ____/____/____ Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA:

SI

NO

Data ____/____/____ Firma del paziente _____

Il Responsabile Medico radiologo della Struttura: dott. Gianluca Piccoli