

**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.

**COME SI EFFETTUÀ**

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 T.C. senza Mezzo di Contrasto.

**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 della paziente** \_\_\_\_\_

**Il Medico radiologo:** \_\_\_\_\_