



Centro Diagnostico Omega

Studio di radiologia digitale – ecografia – RM – TC - DEXA
Via Brindisi, 134 - 72023 Mesagne (BR) Tel. 0831.771959
Dott. Angelo Raffaele Devicienti

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE

SINTESI INFORMATIVA

COS'E'

E' un'indagine che utilizza i Raggi X (radiazioni ionizzanti) per studiare diverse strutture anatomiche (ossa, articolazioni, polmoni)

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 RX viene utilizzato come prima indagine nel sospetto diagnostico delle patologie dell'apparato respiratorio, osteoarticolare ed in alcune patologie addominali.

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

COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

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

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____

Firma _____

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



Centro Diagnostico Omega

Studio di radiologia digitale – ecografia – RM – TC – DEXA
Via Brindisi, 134 - 72023 Mesagne (BR) Tel. 0831.771959
Dott. Angelo Raffaele Devicienti

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____ residente in _____ Via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a dal medico radiologo 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.

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:

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI **NO** data _____

Firma della paziente _____

accetto l'indagine proposta **rifiuto l'indagine proposta**

Data _____

Eventuale interprete: _____

Firma del paziente: _____