

CASA DI CURA "DI LORENZO"	CONSENSO ESAME CON RADIAZIONI IONIZZANTI (TAC)	M-CIP08 Rev. 0 del 24/06/11
------------------------------	--	-----------------------------------

**All'unità operativa di Radiologia
Modulo per richiesta di esame senza MDC**

Cognome Nome Nato/a il

Indagine propostamedico richiedente.....

Quesito diagnostico.....

Esame urgente Esame ordinario

IL medico che La segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi a una tomografia computerizzata (detta anche TAC).

L'esame radiologico si basa sull'erogazione di radiazioni ionizzanti. Queste radiazioni possono provocare alterazioni genetiche o cromosomiche e l'insorgere di patologie nel tempo a causa dell'interazione con le cellule del nostro organismo.

Il nostro servizio di Diagnostica per Immagini esegue esami mediante radiazioni ionizzanti, nel pieno e nel rigoroso rispetto alla normativa specifica. Le dosi di radiazioni che vengono erogate per ogni singolo esame sono mantenute a livello minimo compatibile con una accurata diagnosi e comunque inferiori ai livelli diagnostici di riferimento. Il rischio radiologico è pertanto molto basso e sicuramente sovrastato dal beneficio ricevuto dal paziente per un esame diagnostico MOTIVATO da una richiesta Medico/ Specialistica.

Inoltre tutte le apparecchiature radiologiche sono sottoposte a controlli di Qualità periodici e prove di verifica delle caratteristiche di funzionamento.

Consenso informato

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine, il paziente, ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal Prof./Dott., dichiara di acconsentire allo svolgimento della stessa.

DATA.....

.....

(firma del paziente)

.....

(Lo specialista Radiologo che autorizza l'esame)

GENITORE(se il paziente è minorenni, specificando quale).....

TUTORE (Allegare idonea documentazione).....

LEGALE RAPPRESENTANTE (Allegare idonea documentazione).....

RISERVATO ALLE PAZIENTI IN ETA' FERTILE

Consapevole dell'effetto delle radiazioni ionizzanti, la sottoscritta dichiara sotto la propria responsabilità di non essere, alla data odierna in stato di gravidanza o presunta tale.

DATA.....

.....

(firma del paziente)