

spazio etichetta di  
riconoscimento Utente

## SINTESI INFORMATIVA

### COS'È

è 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 perché può causare danno biologico ai tessuti. Tuttavia, la quantità di raggi X impiegati, la qualità e sicurezza delle apparecchiature fanno sì che la probabilità di danno sia assolutamente trascurabile in confronto al beneficio ottenuto per le informazioni diagnostiche fornite dall'esame. Le donne in età fertile devono escludere possibili gravidanze in corso.

### A COSA SERVE

l'esame RX viene utilizzato come prima indagine nel sospetto diagnostico delle patologie dell'apparato respiratorio, osteo-articolare ed in alcune patologie addominali.

### COME SI EFFETTUA

l'esame non è doloroso, né fastidioso. Il Paziente viene posizionato sul lettino radiologico o rimane in posizione eretta, secondo le posizioni previste 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 PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame.

### PREPARAZIONE NECESSARIA –RACCOMANDAZIONI

prima dell'esame di solito non occorre alcuna preparazione. È opportuno togliere oggetti metallici e/o monili in quanto potrebbero inficiare il risultato dell'esame.

### POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei **non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame**; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

**Preso atto delle informazioni fornite, il Paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al Medico Radiologo.**

## ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE (RX)

Il/la/i sottoscritto/a/i,

**Cognome** ..... **Nome**.....

**Data di nascita** .....  **sesso (M/F)** .....**telefono**..... **Peso (Kg)**.....

**Altezza**.....(cm)

*(In caso di paziente minore o incapace, dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari)*

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ del paziente

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ del paziente

## CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE (RX)

**Se paziente donna in età fertile:**

**è in stato di gravidanza o pensa di esserlo?**  SI  NO **ultime mestruazioni avvenute:** data.....

Data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ .....

(Firma del Paziente/entrambi i genitori/Tutore legale)

Se "SI" si procede con la somministrazione della "Scheda informativa esecuzione di esami diagnostici radiologici in gravidanza RX, TC o RM" (MOD48 PT DSan CONS NRX GRAVID).

(solo per i pazienti ricoverati)

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico Clinico .....

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame, preso atto della risposta fornita dal paziente, autorizza l'esecuzione dell'esame.

Timbro e Firma del Medico Radiologo .....

**dichiaro/i amo**

**di essere stato/i adeguatamente e compiutamente informato/i dal Medico Radiologo in relazione all'indicazione clinica, all'utilità, alla modalità di realizzazione dell'indagine diagnostica richiesta e ai rischi connessi all'esecuzione dell'RX e della ulteriore specifica informativa sopra citata, di avere avuto modo di chiarire eventuali dubbi, di aver compreso tali informazioni;**

➤ reso/a/i consapevole/i:

–sul parere del Sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali e seguiti i processi di giustificazione e ottimizzazione ;

–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 e della ulteriore specifica informativa sopra citata;

➤ 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 \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ .....

(Firma del Paziente/entrambi i genitori/Tutore legale)

Timbro e Firma del Medico Radiologo .....

(eventuale) Cognome e Nome Intermediario linguistico ..... Firma.....

Il sottoscritto/a ..... in data..... alle ore.....

**REVOCA IL CONSENSO SOPRA RIPORTATO**

Firma del Paziente/genitore/Rappresentante Legale .....

Per presa d'atto, Timbro e firma del medico Radiologo.....