

Poliambulatorio Statuto

Via Alessandro Manzoni 0 • 10122 Torino

Via Saluzzo 50 • 10125 Torino

Piazzale Piero Vietti 1 • 10074 Lanzo Torinese (TO)

Per informazioni e prenotazioni

• Telefono: 011 548944 • 011 5695739 • 0123 416090

• Sito web: kormed.it• Email: accettazione.statuto@kormed.it

Questionario obbligatorio per l'esecuzione di esami radiografici

Informazioni relative all'esecuzione di esami con radiazioni ionizzanti

Gentile Signore/a,

il Medico Le ha prescritto un **esame che utilizza raggi X (radiazioni ionizzanti)**.

La preghiamo di voler leggere con attenzione questo modulo nel quale vengono fornite le informazioni circa le modalità di esecuzione dell'esame, affinché Lei sia in grado di manifestare il suo consenso informato.

Qualora non tutte le informazioni risultassero chiare o esaurienti potrà chiedere ulteriori delucidazioni al Suo Medico Curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

Radiazioni ionizzanti

I raggi X (radiazioni ionizzanti) permettono di studiare diverse strutture anatomiche non visibili dall'esterno (ad esempio ossa, polmoni, organi addominali, ...). Tuttavia **l'esposizione ai raggi X può causare un danno biologico ai tessuti irradiati**, pertanto non si tratta di una metodica completamente priva di rischio. **Sarà nostra cura far sì che la dose di radiazioni sia ridotta al minimo.**

La **giustificazione** di sottoporla all'esame radiologico richiesto si basa sulla consapevolezza **dell'utilità di questa indagine per la Sua salute**, ovvero del beneficio di una diagnosi accurata non ottenibile con altre metodiche, rispetto ai rischi potenziali dovuti all'irradiazione, come valutato dal Medico Prescrivente e dal Medico Radiologo.

È **importante presentarsi con tutta la documentazione clinica** di cui si è in possesso (esami precedenti, cartelle cliniche, etc.), per evitare indagini inutili, per effettuare l'esame in modo ottimale e per permettere al Medico Radiologo di fornire, al Medico Inviante, la risposta più appropriata al Suo attuale problema clinico.

Gravidanza certa o sospettaGentile Signora, **se sa di aspettare un bambino o ha il dubbio che ciò sia possibile o non può escluderlo con sicurezza:****AVVERTA IMMEDIATAMENTE IL PERSONALE!**

In questo caso deve essere posta la massima attenzione possibile, dato che il feto ha un rischio maggiore di possibili danni da raggi X, soprattutto nelle prime settimane di gravidanza, quando i vari organi si stanno formando e sono più sensibili alle radiazioni.

Nei casi di gravidanza certa o sospetta sarà effettuata una rivalutazione accurata delle indicazioni all'esame e dell'entità dell'irradiazione, valutando, se possibile, la possibilità di effettuare un'indagine alternativa senza raggi X o applicando particolari precauzioni nell'esecuzione dell'esame stesso.

Poliambulatorio Statuto

Via Alessandro Manzoni 0 • 10122 Torino

Via Saluzzo 50 • 10125 Torino

Piazzale Piero Vietti 1 • 10074 Lanzo Torinese (TO)

Per informazioni e prenotazioni

• Telefono: 011 548944 • 011 5695739 • 0123 416090

• Sito web: kormed.it• Email: accettazione.statuto@kormed.it

Cognome.....Nome.....

Data e luogo di nascita.....

Nella sua qualità di:

- ☐ Soggetto che deve essere sottoposto all'esame
- ☐ Quale genitore del minore..... nato....., e autocertifica, ai sensi del DPR 8/12/2000 n.445, che l'altro genitore è a conoscenza della somministrazione dell'esame medico al minore ☐ SÌ ☐ NO
- ☐ Quale tutore/curatore di..... nato.....

CONSENSO

Sono stato informato che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di un Esame che utilizza radiazioni ionizzanti.

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni fornitemi inerenti i benefici attesi dall'esame.

Consapevole del mio diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento l'esame nonché delle conseguenze derivanti dalla scelta, in piena coscienza acconsento all'esecuzione dell'esame sopra indicato.

Data/...../.....

Firma del paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale)

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA (per donne in età fertile) ☐ SÌ ☐ NO

Data/...../.....

Firma del paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale).....

Per l'esecuzione dell'esame RX MAMMOGRAFIA si richiede la seguente dichiarazione in aggiunta alle precedenti

- ☐ Dichiaro di **non** essere portatrice di protesi.
- ☐ Dichiaro di essere portatrice di protesi e di essere a conoscenza della possibilità di mobilitazione delle stesse anche se l'esame viene seguito con la minima compressione necessaria.

Data dell'ultimo precedente

Data.....

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale)

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame

Poliambulatorio Statuto

Via Alessandro Manzoni 0 • 10122 Torino

Via Saluzzo 50 • 10125 Torino

Piazzale Piero Vietti 1 • 10074 Lanzo Torinese (TO)

Per informazioni e prenotazioni

• Telefono: 011 548944 • 011 5695739 • 0123 416090

• Sito web: kormed.it• Email: accettazione.statuto@kormed.it**REVOCA CONSENSO**

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore.....del giorno revoco il consenso all'esecuzione dell'esame sopraindicato, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale).....

Timbro e firma del Medico Radiologo.....