

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO TAC SENZA DI MEZZO DI CONTRASTO	C.I. – RAD. - 12	2 STESURA	1

DATA DI EMISSIONE	RESPONSABILE REDAZIONE	RESPONSABILE CONVALIDA	ORGANO DI APPROVAZIONE
-------------------	------------------------	------------------------	------------------------

03/01/2021

RESP. U.O. RADIOLOGIA

RISK MANAGER

DIREZIONE SANITARIA

Del Sig./ra _____

Nato/a il: _____

Mi è stato proposto dal Dott: _____

L' esame diagnostico di: **TAC SENZA DI MEZZO DI CONTRASTO**

INFORMATIVA : TAC (TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA) SENZA MEZZO DI CONTRASTO

Perché è necessario questo esame?

La Tomografia Computerizzata può essere utilizzata in qualsiasi distretto corporeo, in particolare consente di visualizzare con sufficiente completezza lo scheletro e le articolazioni senza necessità di far ricorso al mezzo di contrasto; per i restanti distretti è invece assai spesso necessario utilizzare il mezzo di contrasto. L'indagine implica l'esposizione a radiazioni (raggi X) il cui rischio per il paziente è tuttavia assai contenuto ed ampiamente sopravanzato dai benefici in termini di accuratezza diagnostica: è un esame definito "di secondo livello", cioè volto a chiarire dubbi diagnostici di una certa importanza, ai quali gli esami radiologici ed ecografici più semplici e meno costosi non sono in grado di dare una risposta definitiva. Questa tecnica è utilizzata già da molti anni presso la nostra struttura e permette di visualizzare, mediante una complessa apparecchiatura a raggi X, una serie di sezioni della regione corporea indagata.

Prima dell'esame

Per eseguire l'esame diagnostico **senza mezzo di contrasto** non è necessario presentarsi a digiuno.

Come si svolge

Per eseguire l'esame il paziente viene invitato a sdraiarsi sul lettino, a rilassarsi e ad evitare i movimenti volontari. In tutto l'esame non supera al massimo i 20 minuti. In alcuni casi al paziente può essere richiesto di restare in apnea per pochi secondi. Durante l'esame il lettino su cui il paziente è sdraiato viene fatto scorrere all'interno di una "ciambella" molto larga, che contiene la strumentazione necessaria alla acquisizione delle immagini. Nel corso dell'esame il movimento di alcuni componenti all'interno della "ciambella" produce un leggero rumore che comunque non è fastidioso.

Dopo l'esame

Completato l'esame il paziente non deve eseguire regimi o prescrizioni particolari e può riprendere la sua normale attività.

Possibili complicazioni

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame.

CONSENSO ALLA PRESENZA DI ACCOMPAGNATORI IN SALA ESAMI

N.B. Questo consenso viene utilizzato nei casi in cui il medico responsabile dell'esecuzione dell'esame consente al genitore del paziente pediatrico o all'accompagnatore del paziente su cui è stato valutato di evitare l'ausilio di anestesie o altre procedure di preparazione invasive) di accedere in sala esami durante l'esecuzione dell'esame RM, in quanto l'assistenza di un congiunto potrebbe consentire di tranquillizzare, mantenere fermo il paziente e pertanto garantire la possibile esecuzione dell'indagine di cui se ne è valutata l'effettiva inderogabile necessità.

DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO DAL QUESTIONARIO ANAMNESTICO, ANCH'ESSO FIRMATO DAL MEDICO

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame valutato il rapporto rischio / beneficio relativamente alla necessità di evitare la sedazione o altre procedure di preparazione pre-esame del paziente da sottoporre ad esame RM, acconsente l'opportunità da parte dell'accompagnatore volontario di poter assistere il paziente durante l'esecuzione dell'esame all'interno della sala esami, al fine di tranquillizzare e mantenere fermo il paziente e di garantire pertanto la possibile esecuzione dell'indagine.

Firma Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM _____

Data _____

L'accompagnatore, espletati gli accertamenti anamnestici del caso richiesti dal medico responsabile dell'esame diagnostico, e preso atto dell'opportunità di poter assistere il paziente onde evitare inopportune o non possibili procedure di preparazione pre-esame sullo stesso, **accetta di esporsi volontariamente** ai rischi legati alla RM presenti durante l'esecuzione dell'esame (campi magnetici statici, variabili e radiofrequenze) a favore e beneficio del paziente assistito.

Firma del genitore / accompagnatore volontario _____

Firma del paziente _____

Data _____

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO TAC SENZA DI MEZZO DI CONTRASTO	C.I. – RAD. - 12	2 STESURA	1

DATA DI EMISSIONE	RESPONSABILE REDAZIONE	RESPONSABILE CONVALIDA	ORGANO DI APPROVAZIONE
03/01/2021	RESP. U.O. RADIOLOGIA	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA

Del Sig./ra _____

Nato/a il: _____

Mi è stato proposto dal Dott: _____

 L' esame diagnostico di: **TAC SENZA DI MEZZO DI CONTRASTO**

DICHIARAZIONE PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE:



L'esame non deve essere effettuato in gravidanza, pertanto qualora La paziente abbia anche soltanto il dubbio di una gravidanza in atto (ritardo del ciclo mestruale, flusso scarso, discontinua assunzione di anticoncezionali), dovrà farlo presente al personale medico e tecnico.

La sottoscritta _____ nata a _____, il _____

DICHIARA
di non essere in stato di gravidanza accertata o presunta .

Data _____

Firma _____

COMPRESIONE PER IL PAZIENTE.

Mi è stata data l'opportunità di porre ogni domanda a riguardo delle procedure previste in questo studio ed i medici responsabili hanno fornito ogni spiegazione alle mie domande.

Autorizzo il mio case-manager/primo operatore ed i suoi collaboratori designati all'attuazione delle procedure previste da questo protocollo. Posso decidere di non partecipare o posso ritirare il mio consenso ed interrompere le procedure in ogni momento.

Inoltre ho compreso che i medici possono decidere di interrompere il trattamento qualora il responsabile ritenga che questo sia nel mio migliore interesse. Il medico responsabile mi comunicherà qualora tali circostanze dovessero verificarsi.

Mi è stato garantito, altresì, che verrà garantita la massima riservatezza dei dati sensibili personali; pertanto:

DO il mio consenso affinché il mio caso sia oggetto di utilizzo a fini scientifici e consapevolmente, quindi:

- **Accenso** al trattamento propostomi che verrà praticato dall'equipe di questa Unità;
- **Autorizzo** i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, anche modificando il programma terapeutico prospettatomi e preventivamente concordato;
- **Autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;
- **Autorizzo** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel rispetto completo della mia privacy.

Firma del Medico _____

Firma del/la Paziente _____

Firma del Tutore legale/Legale Rappresentante _____

Data _____