

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINE
CONSENSO INFORMATO <b>RADIAZIONI IONIZZANTI</b>	C.I. – RAD. - 07	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: **RADIAZIONI IONIZZANTI**

## INFORMATIVA : RADIAZIONI IONIZZANTI

Il/la sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ a seguito del colloquio con lo specialista Radiologo al quale ha potuto rivolgere le domande ritenute necessarie per potere acquisire elementi idonei ad una sufficiente consapevolezza dell'indagine proposta, dichiara di essere stato/a informato/a in modo comprensibile dell'indicazione clinica, dell'utilità e delle modalità di esecuzione dell'esame che utilizza le radiazioni ionizzanti (radiologia convenzionale e/o tomografia computerizzata) così come previsto dal D.Lgs n°26 maggio 2000 n°187.

Inoltre dichiara di essere stato/a informato/a in modo dettagliato sui rischi specifici relativi all'impiego di radiazioni ionizzanti con particolare riferimento:

- potenziale effetto cancerogeno delle radiazioni ionizzanti; nell'impiego corrente il rischio è minimo, sebbene non assente;
- nelle donne in età fertile, allo scopo di evitare danni genetici al prodotto del concepimento, gli esami radiologici vanno di norma effettuati subito dopo l'ultima mestruazione o quando comunque possa essere esclusa una gravidanza in atto;
- per obbligo di legge e per quanto sopra esposto non possono essere effettuati esami radiologici in donne in stato di gravidanza se non motivati da effettive e inderogabili esigenze clinico – diagnostiche su indicazione dello specialista che evidenzia l'improrogabilità ed inderogabilità della stessa;
- per la popolazione in età fertile e minori l'esecuzione degli esami radiologici comportante l'esposizione degli organi genitali l'indagine verrà eseguita schermata con appositi dispositivi i genitali o le gonadi.

In base all'informativa ricevuta, che ritiene comprensibile, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ rilascia il consenso all'esecuzione dell'indagine.

**In caso di paziente minore di anni 18 il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da una persona esercitante la potestà o dal tutore.**

Nome e cognome genitore/tutore \_\_\_\_\_ *allegato documento di riconoscimento*

Firma genitore/tutore \_\_\_\_\_ Il Medico Radiologo \_\_\_\_\_

### 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:

- **Acconsento** 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 prospettato e preventivamente concordato;
- **Autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportati 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.

Nome e cognome genitore/tutore \_\_\_\_\_ *allegato documento di riconoscimento*

Firma genitore/tutore \_\_\_\_\_ Il Medico Radiologo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_