



TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO RX TORACE	C.I. – RAD. - 08	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: **RX TORACE**

INFORMATIVA : RX TORACE

L' esame RX è un'indagine radiologica che utilizza le "radiazioni ionizzanti" per studiare le strutture anatomiche (ossa, articolazioni, polmoni).

Perché è necessario questo esame?

L' esame RX consente di esplorare il torace in modo così rapido ed in qualsiasi situazione clinica, anche in emergenza, a fronte di un costo e di un'irradiazione veramente modesti. L'esame RX viene inoltre comunemente utilizzato per la diagnosi e la valutazione delle patologie degenerative osteoarticolari e delle fratture ossee. La tecnica d'esame ha subito una costante evoluzione, soprattutto negli ultimi vent'anni; l'obiettivo è stato quello di migliorare la qualità delle immagini e di ridurre contemporaneamente la quantità di radiazioni erogate al paziente. La dose di raggi X che viene mediamente somministrata per questo tipo di indagini può essere ulteriormente ridotta, in molti casi, restringendo il campo di irradiazione alla sola struttura da esaminare e schermato ove possibile gli organi più radiosensibili e le gonadi. Poiché si tratta comunque di un esame strumentale che espone a radiazioni ionizzanti, se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica.

Prima dell'esame

Prima dell'esame di solito non occorre alcuna preparazione. E' opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero nascondere eventuali alterazioni presenti nella parte del corpo sottostante che si va ad esaminare.

Come si svolge

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene posizionato sull'apparecchio radiografico secondo le posizioni e le incidenze previste per lo studio di ciascun segmento corporeo. Durante la ripresa, che richiede pochi secondi, il paziente è invitato a mantenere l'immobilità ed in alcuni casi a trattenere il respiro.

Dopo l'esame

Dopo l'esame non vi è alcuna prescrizione o precauzione da osservare.

Possibili complicazioni

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame.

Cosa dire e presentare al medico radiologo

E' molto importante riferire i sintomi che hanno portato all'esecuzione dell'esame ed esibire eventuali esami radiologici ed ecografici eseguiti in precedenza. Il medico radiologo deve poter consultare il risultato di eventuali altri esami strumentali o visite specialistiche e, se disponibili, la relazione del curante o lettere di dimissione emesse in occasione di precedenti ricoveri.

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 _____



TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO RX TORACE	C.I. – RAD. - 08	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: **RX TORACE**

COMPRENSIONE 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 _____