

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ N. ESAME \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONE SULL'INDAGINE**

Gentile signora/e,

desideriamo fornirle alcune informazioni circa l'esame strumentale cui si sottoporrà.

L'esame radiologico 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. Inoltre, le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso, per il possibile rischio di danni al feto.

L'esame RX viene utilizzato come prima indagine nel sospetto diagnostico delle patologie dell'apparato respiratorio, osteoarticolare ed in alcune patologie addominali.

L'esame non è doloroso né fastidioso e non esistono complicanze legate all'esecuzione dello stesso. Prima dell'esame di solito non occorre alcuna preparazione (se non esplicitamente richiesta). E' opportuno in ogni caso liberarsi di oggetti metallici e/o gioielli, poiché questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame.

**CONSENSO INFORMATO**

Dichiaro di aver compreso quanto sopra riportato relativamente all'esame radiologico e di aver ricevuto da parte del Medico Radiologo risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

**DA COMPILARE SOLO PER DONNE**

Le RADIAZIONI utilizzate potrebbero NUOCERE AL FETO, pertanto, è pregata di voler segnalare se è in stato di gravidanza certa o presunta. Con alcune eccezioni, le radiazioni dovrebbero essere evitate in donne giovani, sotto i 30-35 anni, per limitare ogni fattore di ipotetico rischio.

E' in stato di gravidanza certa o presunta?  SI  NO Data ultima mestruazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Firma del paziente** o di persona idonea \_\_\_\_\_

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela

Il Medico Responsabile, ritenute chiare e complete le motivazioni della richiesta effettuata da parte del Medico richiedente e verificata l'appropriatezza della stessa, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini dinamiche preliminari, ritiene che l'esame è giustificato nel rispetto del D.Lgs.101/2020 e può essere accettato ed eseguito.

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Nome e Cognome del Medico Responsabile** \_\_\_\_\_**Firma del Medico Responsabile** \_\_\_\_\_



COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

N. ESAME \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE IN CASO DI PRESENZA ESAMI PRECEDENTI**

Il paziente dichiara di aver consegnato al Centro i seguenti esami precedenti per un totale di \_\_\_\_\_ buste

- RX \_\_\_\_\_
- TC \_\_\_\_\_
- RM \_\_\_\_\_
- ECO \_\_\_\_\_
- ALTRO [*specificare*] \_\_\_\_\_

**Firma del paziente** o di persona idonea \_\_\_\_\_

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela

---

**DA COMPILARE SE IL PAZIENTE RINUNCIA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL CONTRASTO O ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME**

Il sottoscritto **COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**ID PAZIENTE** \_\_\_\_\_

dichiara di rinunciare all'esame di \_\_\_\_\_ prescritto come da ricetta/impegnativa a causa di

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Firma del paziente** o di persona idonea \_\_\_\_\_

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela