



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

S.C. di Radiologia
Direttore Dott. Grazia Bitti

MODELLO INFORMATIVO E CONSENSO AD ESECUZIONE DI ESAME TC SENZA MEZZO DI CONTRASTO

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato/a _____ il _____

QUESITO CLINICO : _____

Cosa dire e cosa portare 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. Nel caso che l'esame sia ripetuto a distanza di tempo è necessario riportare l'esame precedente. 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.

CHE COS'E'

La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche.

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. Sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per contenere questi rischi e la massima cura sarà posta per utilizzare la più bassa dose di radiazioni compatibile con un livello diagnostico adeguato, sia mediante tecnologie di riduzione automatica della dose sia con interventi manuali.

A COSA SERVE

E' un'indagine di approfondimento diagnostico che sulla base d'indicazione clinica consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

COME SI EFFETTUA

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione.

I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio.

PREPARAZIONE NECESSARIA –RACCOMANDAZIONI

Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente e mantenendo l'apnea quando ciò sia richiesto. Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

S.C. di Radiologia
Piazzale Ricchi 1, 09134 Cagliari
T. 070 539298 F. 070 539298-584



**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE TAC**

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di tutore/esercente la potestà sul

minore.....

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Tomografia Computerizzata

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute

PER LA DONNA: STATO DI GRAVIDANZA **SI** **NO** **NON SO**

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato: **accetto** / **rifiuto** **l'indagine proposta**

Acconsento inoltre al trattamento dei miei dati, che verranno raccolti al solo fine diagnostico, per adempiere a specifici compiti istituzionali connessi con l'attività clinica, conservati nell'archivio radiologico e nel sistema informativo della radiologia, e trattati solamente da personale autorizzato, vincolato dal segreto professionale e dal segreto d'ufficio.

Firma per esteso del Paziente o del Titolare del consenso _____

Medico radiologo _____

Data _____ / _____ / _____