MODELLO INFORMATIVO E CONSENSO AD ESECUZIONE DI ESAME TC CONE BEAM

PAZIENTE

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 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.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig/ra _____
ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti risposte ad ogni mia domanda.
Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi che nel caso specifico sono correlati all'uso delle radiazioni ionizzanti. Mi è stato spiegato che la dose di radiazioni correlata all'esecuzione di un esame Cone Beam è notevolmente superiore a quella che si somministra con un esame ortopantomografico ma da 5 a 20 volte inferiore a quella che si somministra con un esame Dental Scan. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per contenere ogni rischio e che 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 interventi manuali. Queste precauzioni vengono applicate in tutte le fasce d'età, ma particolarmente nei giovani, nei bambini, e nelle donne in età fertile.
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.

Pertanto dichiaro di:

☐ Acconsentire allo svolgimento dell'indagine ☐ Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine

PER LA DONNA: STATO DI GRAVIDANZA

☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

Firma per esteso del Paziente o del Titolare del consenso_____

Firma del Radiologo_____ **data** ____/_____/_____

S.C. di Radiologia
Piazzale Ricchi 1, 09134 Cagliari
T. 070 539298- 070 539764