

 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<p>Acquisizione Consenso Informato</p>	<p>Pr.48 – Mod. 1 (Radiologia)</p> <p>Rev. 1</p> <p>Data: 16-07-2018</p> <p>Pagina 1 di 3</p>
<p>Piazza Ospitale, 10 – 26900 Lodi</p>		
<p>DIPARTIMENTO Servizi Diagnostici</p>		

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME CON UTILIZZO DI RADIAZIONI IONIZZANTI

SINTESI INFORMATIVA

COS'E'

E' 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 i potenziali effetti dannosi delle radiazioni sul prodotto del concepimento/feto.

A COSA SERVE

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

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso, né fastidioso. Il paziente viene posizionato sull'apparecchio radiologico secondo le posizioni e i decubiti previsti per lo studio del distretto in esame.

Durante l'esecuzione il paziente è invitato a mantenere l'immobilità e in alcuni casi a trattenere il respiro

COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Prima dell'esame di solito non occorre alcuna preparazione. E' opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<p>Acquisizione Consenso Informato</p>	<p>Pr.48 – Mod. 1 (Radiologia) Rev. 1 Data: 16-07-2018 Pagina 2 di 3</p>
<p>DIPARTIMENTO Servizi Diagnostici</p>		

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO
INFORMATO ALL'ESECUZIONE
DELL'ESAME CON UTILIZZO DI RADIAZIONI IONIZZANTI**

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in _____ Via _____

Reso/a consapevole dal medico proponente:

- dello studio proposto che è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali e sul parere del sanitario;
- 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 a eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto ed informato che il medico radiologo è a disposizione per eventuali chiarimenti

Valutate le informazioni ricevute, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta **rifiuto l'indagine proposta**

Medico radiologo _____
(timbro e firma)

Eventuale interprete _____

Data _____ Firma del paziente _____

Data _____ Firma del tutore legale _____

**POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE
DELL'ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____ Firma _____

 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<p>Acquisizione Consenso Informato</p>	<p>Pr.48 – Mod. 1 (Radiologia) Rev. 1</p>
<p>Piazza Ospitale, 10 – 26900 Lodi</p>	<p>Data: 16-07-2018 Pagina 3 di 3</p>	
<p>DIPARTIMENTO Servizi Diagnostici</p>		

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Data _____ Firma del paziente _____