

# ESAMI RADIOLOGICI SENZA MEZZO DI CONTRASTO

## FOGLIO INFORMATIVO PER I PAZIENTI

(redatto in riferimento alla normativa per la protezione delle persone esposte ai raggi X per motivi sanitari)

Dati identificativi del paziente: **Cognome e Nome Nato a in data**

In questo studio radiologico gli esami mediante i raggi x sono eseguiti nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica.

Le dosi di radiazioni erogate ai pazienti per ogni singolo esame sono mantenute al livello minimo compatibile con una accurata diagnosi e comunque inferiori ai Livelli Diagnostici di Riferimento stabiliti dalle vigenti Direttive dell'Unione Europea. Il rischio radiologico è pertanto molto basso e sicuramente sovrastato dal beneficio diagnostico ricevuto dal paziente per un esame giustificato.

**In particolare, l'esame è effettuato solo se:**

- vi è una richiesta diagnostica motivata;
- non esistono, in alternativa, altri tipi di esame senza raggi x;
- non vi sono altri reperti diagnostici validi (il paziente deve informare il radiologo se è in possesso di lastre radiografiche eseguite di recente in un esame dello stesso distretto anatomico);
- l'attrezzatura disponibile in questo studio radiologico consente la minor dose di radiazioni compatibilmente con il risultato diagnostico necessario.

**In questo studio radiologico l'attrezzatura radiologica è sottoposta a:**

- prove di verifica periodiche delle caratteristiche di funzionamento da parte di un professionista laureato ed esperto in fisica medica a seguito delle quali è rilasciata specifica documentazione scritta;
- controlli di qualità periodici da parte dello stesso esperto in fisica medica a seguito dei quali è rilasciata specifica documentazione scritta;
- misure per la determinazione della dose al paziente al fine di ottimizzare la tecnica diagnostica per la tutela della salute del paziente.

Per ogni ulteriore chiarimento il personale medico è a disposizione del paziente.

**Lo stato di gravidanza può essere una controindicazione all'esecuzione di un esame radiologico.**

Al fine di analizzare con particolare attenzione il bilancio rischio - beneficio per la paziente in gravidanza, accertata o potenziale, si chiede espressamente alle pazienti di questo studio, che non siano in grado di escludere la gravidanza, di informarne il radiologo.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Dichiaro di  **ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA**       **NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA**  
 **non pertinente**

Io paziente, **Cognome e Nome Nato a in data**

Oppure

Io sottoscritto, (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

in qualità di:  Esercente la potestà genitoriale     Tutore     Amministratore di sostegno     Legale rappresentante

**ACCONSENTO**  **NON ACCONSENTO**  
**all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Tricesimo, **Data**

Firma .....

---

### REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**REVOCA Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante \_\_\_\_\_

Timbro e firma del radiologo responsabile \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO PER LA TRASMISSIONE DELL'INDAGINE DIAGNOSTICA IN TELEREFERTAZIONE / TELECONSULTO

Io paziente, **Cognome e Nome Nato a in data**

Oppure

Io sottoscritto, (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

in qualità di:     Esercente la potestà genitoriale     Tutore     Amministratore di sostegno     Legale rappresentante

### INFORMATO

- **della possibilità che le immagini relative all'indagine diagnostica che sto per eseguire, (unitamente ai dati clinici e anagrafici ad essa correlati) vengano inviate per via telematica in altra sede, per essere interpretate e refertate.**
- che l'eventuale invio sarà effettuato in modalità sicura con chiave di cifratura a 2048bits, con criptatura a 128bits.

**ACCONSENTO**     **NON ACCONSENTO**

al trasferimento informatico dei miei dati clinici e delle immagini bio-mediche al fine della tutela della mia salute.

Data \_\_\_\_\_

Firma per consenso all'invio dei dati \_\_\_\_\_