

CONSENSO INFORMATO ESAMI RADIOLOGICI CON TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) SENZA MEZZO DI CONTRASTO

(redatto in riferimento alla normativa per la protezione dalle radiazioni ionizzanti nelle esposizioni mediche)

SINTESI INFORMATIVA

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.

In particolare, l'esame è effettuato solo se:

- vi é 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 indagini RX o TC 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 é rilasciata specifica documentazione scritta;
- controlli di qualità periodici da parte delle stesso esperto in fisica medica a seguito dei quali é 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.

DI COSA SI TRATTA E QUALI SONO I RISCHI

La TAC (Tomografia Assiale Computerizzata) è una metodica di diagnostica per immagini che utilizza i Raggi X (radiazioni ionizzanti) e consente di riprodurre sezioni o strati (tomografia) corporei del paziente e di effettuare elaborazioni tridimensionali. La produzione delle immagini avviene attraverso l'elaborazione computerizzata dei dati.

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.

In questo Studio Radiologico gli esami vengono eseguiti solamente dopo l'accertamento della loro appropriatezza e quindi tenendo conto dei risultati della ricerca scientifica e delle linee Guida di riferimento. Il rischio radiologico per gli esami radiologici TC senza mezzo di contrasto rientra nelle classi di dose "II" e "III" (la scala va da "I" a "IV" – classe "II": 1 mSv < dose efficace < 5mSv; classe "III": 5 mSv < dose efficace < 10mSv). In questo contesto il bilancio rischio - beneficio è ampiamente favorevole.

A COSA SERVE

La TC (Tomografia Computerizzata) è una metodica di diagnostica per immagini che utilizza i raggi X e consente di riprodurre sezioni o strati (tomografia) corporei del paziente e di effettuare elaborazioni tridimensionali. 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. La produzione delle immagini avviene attraverso l'elaborazione computerizzata dei dati.

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato sul lettino dell'apparecchiatura che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) che è la fonte di raggi X e dei dispositivi di rilevazione. Durante l'esecuzione il paziente è invitato a mantenere l'immobilità ed in alcuni casi a trattenere il respiro.

RACCOMANDAZIONI

E' opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame.

Il paziente, preso atto delle informazioni fornite della "SINTESI INFORMATIVA" del presente documento, può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.



ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO TC

Io paziente, Cognome e Nome Nato a in data

Oppure					
lo sottoscritto,	(Cognome e Nome)		Nato a	il/	_/
in qualità di:	[] Esercente la potestà genitoriale	[] Tutore	[] Amministratore di sostegno	[] Legale rappresentante)
	compreso quanto sopra e ho rice dovuta esposizione medica.	vuto informazio	oni adeguate in merito ai benef	ici e ai rischi associati all	a dose di
Dichiaro di	[] ESSERE IN STATO DI GRAV [] non pertinente	/IDANZA	[] <u>NON</u> ESSERE IN STATO DI	GRAVIDANZA	
Tricesimo, D	ata	Firma			
[]ACCON	SENTO [] NON ACCON	SENTO l'ef	fettuazione DELL'ESAME RADIO	OLOGICO TC	
Sono a cono	scenza della possibilità di revocare il	l seguente conse	enso in qualsiasi momento prima c	lell'atto sanitario.	
Tricesimo, D	ata	Firma .			
[] Dott. Deg	l'Art. 159 - comma 6 della DLgs 31 ano Gian Paolo [] Do Jlcigrai Veronica [] Do		Myriam [] Dott	.ssa Cimino Elisa	
	to che il paziente o chi ne fa le vec iazione dovuta all'esposizione med				
Firma del med	lico specialista				
REVOCA DEL	_ CONSENSO				
II/la sottoscritto	o/a				
nato/a			il		
REVOCA II co	onsenso all'effettuazione dell'atto san	itario su indicato			
Data					
Firma del pazi	ente / genitore / tutore / amministratore o	di sostegno / legale	e rappresentante		
Firma leggibile	e del radiologo responsabile				

Poliambulatorio via 11 febbraio s.r.l.

Dott. Gian Paolo Degano

REGOLAMENTO EUROPEO General Data Protection Regulation n° 679/16 D.Lgs. 101/18 di modifica D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di trattamento dei dati personali"

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

ll s	ottoscritto, Cognome e Nome
Na	to ail/
	• Per sé
	pure ottoscritto (indicare Cognome, Nome e data di nascita)
in o	 Esercente la potestà genitoriale (allegare documento di identità) Tutore (allegare documenti certificanti e documento di identità) Curatore (allegare documenti certificanti e documento di identità) Amministratore di sostegno (si allegano documenti certificanti/copia decreto di nomina e documento di identità) Legale rappresentante (si allegano documenti certificanti e documento di identità)
di	Cognome e Nome
Na	to ail/
cui	niedono consenso dell'interessato che invece risulta necessario per tutti gli altri trattamenti attinenti, solo in senso lato, alla ra, per le seguenti attività: Trattamento del dossier sanitario interno per le finalità di diagnosi e cura. Il trattamento non comprende i dati riguardanti le prestazioni eseguite presso altre strutture pubbliche o private. La negazione del
	consenso non consente di procedere all'erogazione della prestazione. [] ACCONSENTO [] NON ACCONSENTO
2)	Comunicazione di dati sanitari a medico esterno (medico di medicina generale o pediatra di libera scelta o altri specialisti) su richiesta e/o in casi di necessità determinati dalle condizioni di salute del paziente.
3)	Invio immagini diagnostiche per la refertazione ad un centro esterno Possibilità di invio delle indagini diagnostiche eseguite per via telematica in altra sede per intepretazione e refertazione. L'invio avviene in modalità sicura tramite VPN.
	[] ACCONSENTO [] NON ACCONSENTO
4)	Invio campioni biologici a laboratorio esterno SaniRad è punto prelievi e si affida a laboratori esteri per l'analisi dei campioni. La negazione del consenso non consente di procedere all'erogazione della prestazione.
	[] ACCONSENTO [] NON ACCONSENTO
5)	Attivazione servizi on-line (pubblicazione referti sul portale "referti on-line" del sito internet www.sanirad.it). L'accesso al portale avviene attraverso l'utilizzo di credenziali di sicurezza che vengono comunicate nel contesto delle procedure di accettazione. Il servizio comprende l'invio di messaggi di notifica di "referto pronto".
	[] ACCONSENTO [] NON ACCONSENTO

Poliambulatorio via 11 febbraio s.r.l.

Dott. Gian Paolo Degano

6) Invio promemoria per attività programmate o da programmare e messaggi di notifica (e-mail, sms, posta) Il servizio prevede l'invio di messaggi di promemoria per prenotazioni effettuate, da effettuare e l'invio di modulistica prestazioni da eseguire						
	[] ACCONSENTO [] NON ACCONSENTO					
7)	Invio di comunicazioni informative sull'attività aziendale (e-mail, sms, posta) Le comunicazioni riguarderanno l'avvio di nuove attività, l'inserimento di nuovi professionisti, la pianificazione di giornate di prevenzione o informazioni sull'organizzazione aziendale.					
	[] ACCONSENTO [] NON ACCONSENTO					
8)	Utilizzo firma grafometrica La firma grafometrica è un particolare tipo di firma elettronica che si ottiene nel momento in cui l'utente appone la sua firma su un tablet legando i suoi dati biometrici al documento elettronico firmato. L'utilizzo della firma grafometrica consente un'agevole raccolta, conservazione e consultazione delle scelte effettuate dall'utente.					
	[] ACCONSENTO [] NON ACCONSENTO					
dp In ac	i dati, potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento in oggetto, mediante l'invio di una e-mail al seguente indirizzo o.privacy@sanirad.it. ogni momento potrà inoltre esercitare tutti i diritti di cui al punto "diritti dell'interessato" dell'informativa (tra cui i diritti di cesso, rettifica, aggiornamento e di cancellazione, oblio, portabilità) con comunicazione scritta da inviare al titolare o al DPO li indirizzi indicati in informativa.					
dat	fa Firma leggibile					
Ne	ell'impossibilità da parte dell'utente Cognome e Nome di firmare materialmente per (indicare il motivo) l'operatore incaricato sottoscritto dà atto del comportamento concludente in tal senso da parte dell'utente stesso.					
dat	Firma leggibile dell'operatore					



MODALITA' DI INVIO REFERTO

lo sottoscritto	Nel caso di minore indicare il nome e cognome del genitore o di chi ne esercita la patria potestà		
(a cura dell'istituto) apporre l'etichetta con i dati del paziente	Nel caso di incapace di intendere e di volere indicare il nome e cognome del legale rappresentante		
	(allegare i documenti che certificano il ruolo di tutore/legale rappresentante)		
Consapevole della possibilità di ritirare il re accedere al servizio "referti online" attrave	eferto/certificato presso la sede della struttura e della possibilità di erso il sito internet aziendale:		
1) SPEDIZIONE IN POSTA ORDINARIA	ı.		
ordinaria (posta prioritaria) all'indirizzo d consapevole che la responsabilità del rec			
	are che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di de la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es.		
INDIRIZZO	n		
COMUNE	CAP		
DataFirma per consenso alla s	spedizione		
Autorizzo la saniRad <u>all'invio/consegna d</u> odierna a: a) Medico Curante / Medico Prescrib) Associazione Sportiva (delegati) c) Compagnie di Assicurazione (dele	NE SANITARIA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI del referto/certificato/iconografia dell'indagine eseguita in data vente egati)		
consapevole che:			
 il consenso da me espresso è valid riconfermato per le indagini successive l'invio del referto al soggetto terzo nor 			
Indicare di seguito l'indirizzo di posta elettr	onica del soggetto terzo IN STAMPATELLO LEGGIBILE		
DataFirma per consenso all'in	vio/ritiro		



DELEGA DI PRESENZA ALLA VISITA MEDICA

lo sottoscritto/a				
[] esercente la responsabilità genitoriale sul minore [] rappresentante legale				
del paziente: Cognome	Nome			
Luogo di nascita	Data di nasc	ita		
	DELEGO			
II /la Sig.				
ad essere presente in mia vece alla visita	medica a cui mio figlio	/ rappresentato si sottoporrà.		
Data	Firma			

ATTENZIONE:

- Allegare fotocopia di documento di identità valido dell'esercente la patria potestà o del rappresentante legale.
- Esibire tutta la modulistica di consenso informato regolarmente compilata e firmata
- Esibire tutta la documentazione sanitaria di pertinenza della prestazione sanitaria programmata



MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER I GENITORI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 – DPR 18/12/2000, n. 445)

lo sottoscritto/a
residente a
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,
DICHIARO
- di essere genitore del minorenne Cognome e Nome
nato a luogo di nascita il data di nascita
e di esercitare sullo stesso la responsabilità genitoriale ai sensi della L. 154/2013 e artt. 315 e segg. C.C.
Letto, confermato e sottoscritto
Tricesimo data:
Il/la dichiarante (firma per esteso leggibile)
[] presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.