



SCHEMA INFORMATIVA PER IL CONSENSO AGLI ESAMI RADIOLOGICI

L'Indagine alla quale lei è in procinto di sottoporsi viene eseguita con l'impiego di radiazioni ionizzanti (raggi X). Come è risaputo, i raggi X possono causare un danno biologico ai tessuti irradiati su base probabilistica stocastica.

Tuttavia la quantità di raggi attualmente impiegati nell'indagine e la qualità e la sicurezza delle apparecchiature, sottoposte a periodici controlli, fanno sì che la probabilità di danno sia trascurabile in confronto al beneficio ottenuto dal paziente grazie alle informazioni diagnostiche fornite dall'indagine.

L'eventuale introduzione del mezzo di contrasto organo-iodato non determina, nella maggior parte dei casi, complicanze. Una fugace sensazione di calore può essere considerata normale.

Le eventuali complicanze generalmente avvengono nei primi 30 minuti dopo iniezione del mdc, anche se sono stati descritti in rari casi sino in 6-7 giornata, e consistono in lieve nausea o vomito, in eruzione cutanea, o in modeste variazioni della pressione arteriosa o della frequenza cardiaca. Tutto ciò regredisce spontaneamente o con adeguata terapia e non comporta l'interruzione dell'esame o altre conseguenze.

In alcuni casi, peraltro rari, nel corso dell'esame possono verificarsi più gravi modificazioni della pressione arteriosa e del ritmo cardiaco, e/o alterazioni della respirazione e/o grave eruzione cutanea con edema (gonfiore) diffuso, per cui può essere necessario un prolungamento dell'ospedalizzazione. In casi assolutamente eccezionali può esserci shock anafilattico e rischio per la vita.

Gli esami di laboratorio effettuati preliminarmente per l'esame contrastografico servono a valutare le condizioni generali di salute, ma non sono in grado di prevedere, e quindi evitare un'eventuale reazione negativa da parte dell'organismo.

L'uso della fiala "test" è stato da tempo abolito in quanto si è rivelato inutile e a volte dannoso.

Per far fronte a qualsiasi complicanza questa Casa di Cura è fornita di farmaci, di attrezzature adeguate e del personale idoneo ad usarle (anestesista). In caso di reazioni allergiche ritardate, quando il paziente è fuori dalla struttura, si consiglia di rivolgersi al pronto soccorso.

La necessità di eseguire l'esame contrastografico, la prudenza e la competenza con la quale verrà eseguito, e i vantaggi per la diagnosi, rendono comunque accettabili i rischi.

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

DATI DEL PAZIENTE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO

COGNOME.....NOME.....

nato/a.....il.....

ESAME RICHIESTO:.....

Motivo e/o quesito clinico:.....

.....

.....


E' in stato di gravidanza o ha sospetto di esserlo? NO SI

Pregressi interventi chirurgici e terapie

.....

.....

Esami radiologici precedenti.....

.....**SEGUE** 

Allergie (a medicinali, alimenti, anestetici, mezzi di contrasto radiologici):.....

.....

E' fumatore? NO SI ...se SI quante sigarette fuma al giorno?.....

E' un ex fumatore? NO SI ...se SI quante sigarette fumava e quando ha smesso?.....

Che LAVORO fa o ha fatto?.....

Altro?.....

Dichiaro/a di essere stato esaurientemente informato/a dal medico e dal TSRM esecutore in merito all'esame radiologico a cui sarò sottoposto e ne autorizzo l'esecuzione con le modalità ritenute più opportune dal medico specialista, anche in relazione all'eventuale somministrazione di mezzo di contrasto.

Dichiaro/a, inoltre, di aver ricevuto spiegazioni e risposte chiare e comprensibili sui rischi potenziali e sulle eventuali complicanze connesse con la procedura stessa. Pertanto, liberamente, autorizzo il medico esecutore ed i suoi collaboratori ad effettuare tale procedura diagnostica concedendo la più ampia libertà di scelta dei tempi e delle modalità di esecuzione, della via di accesso dell'eventuale mezzo di contrasto, dei materiali utilizzati e delle modifiche da apportare all'approccio e alla tecnica prescelta qualora se ne presentasse la necessità, per la migliore soluzione del mio caso.

Dichiaro/a di essere stato informato del diritto di sospendere il consenso in ogni momento dell'esame senza dover fornire nessuna spiegazione. E altresì di essere stato informato che la non esecuzione dell'indagine radiologica comporta un prosieguo terapeutico incompleto con conseguenti possibili compromissioni sulla diagnosi, la prognosi e la terapia della mia malattia.

Dichiara (per pazienti di sesso femminile in età fertile) di **non essere in gravidanza** e di escluderne qualsiasi motivo di sospetto.

Di quanto prospettato e riportato sul presente documento (composto di due pagine), mi sono stati esaurientemente spiegati: gli obiettivi e i benefici, gli eventuali rischi/complicanze, le probabilità di insuccesso e gli eventuali trattamenti alternativi, e dichiaro di averne preso conoscenza e comprensione.

In relazione all'informativa sulla privacy ex art. 13 do inoltre il mio consenso ed autorizzo al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 23 Legge 196/2003.

***FIRMA DEL PAZIENTE** per conoscenza, comprensione e consenso

PER L'ESECUZIONE DI ESAMI AI MINORI O IN CASO DI INCAPACITA' DELL'INTERESSATO A COMPRENDERE IL MODULO VA FIRMATO DAL GENITORE O DAL LEGALE RESPONSABILE

Il Genitore/Legale responsabile (IN STAMPATELLO).....

Firma per conoscenza, comprensione e consenso

.....Documento.....

Firma del T.S.R.M esecutore/infermiere-_____

Firma del Medico Radiologo esecutore _____

Roma,_____