



CONSENSO INFORMATO RX TRADIZIONALE

DIAG CI 01

REV 1 DEL 22.05.24

CHE COS'E'

E' un'indagine che utilizza i Raggi X (radiazioni ionizzanti) per studiare diverse strutture anatomiche (ossa, articolazioni, polmoni)

I Raggi X (radiazioni ionizzanti) permettono di studiare diverse strutture anatomiche non visibili dall'esterno (ad esempio ossa, polmoni, organi addominali...). Tuttavia l'esposizione ai raggi X può causare un danno biologico ai tessuti irradiati, pertanto non si tratta di una metodica completamente priva di rischio. Sarà nostra cura far sì che la dose di radiazioni sia ridotta al minimo.

La giustificazione di sottoporla all'esame radiologico richiesto si basa sulla consapevolezza dell'utilità di questa indagine per la Sua salute, ovvero del beneficio di una diagnosi accurata non ottenibile con altre metodiche, rispetto ai rischi potenziali dovuti all'irradiazione, come valutato dal Medico Prescrivente e dal Medico Radiologo.

È importante presentarsi con tutta la documentazione clinica di cui si è in possesso (esami precedenti, cartelle cliniche, etc...) per evitare indagini inutili, per effettuare l'esame in modo ottimale e per permettere al Medico Radiologo di fornire, al Medico Inviante, la risposta più appropriata al Suo attuale problema clinico.

A COSA SERVE

L'esame RX viene utilizzato come prima indagine nel sospetto diagnostico delle 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 ed in alcuni casi a trattenere il respiro.

COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame ad esclusione di casistiche relative ad esecuzioni di indagine diagnostica su donne in gravidanza

GRAVIDANZA CERTA O SOSPETTA

Gentile Signora, se sa di aspettare un bambino o ha il dubbio che ciò sia possibile o non può escluderlo con sicurezza: **AVVERTA IMMEDIATAMENTE IL PERSONALE!**

Le radiazioni ionizzanti (raggi x) possono causare delle alterazioni genetiche e/o cromosomiche, in modo particolare nelle cellule con elevata attività di riproduzione.

Le cellule embrionali (primi 3 mesi di gravidanza) e quelle fetali (dal 3° al 9° mese) in minor misura, sono le cellule particolarmente sensibili alle radiazioni ionizzanti.

Pertanto tutte le persone di sesso femminile, in età fertile, sono particolarmente esposte a questo rischio, qualora siano sottoposte ad esame radiologico.

Coloro che si sottopongono a questo tipo di esame devono, nel loro interesse e in quello del nascituro, avvisare tempestivamente prima dell'esecuzione dell'esame stesso, di un eventuale, sicuro o dubbio, stato di gravidanza.

Nel caso di gravidanza sospetta le potrebbe essere richiesta l'effettuazione delle Beta Hcg

Nei casi di gravidanza certa sarà effettuata una rivalutazione accurata delle indicazioni all'esame e dell'entità dell'irradiazione, valutando, se possibile, la possibilità di effettuare un'indagine alternativa senza raggi X o applicando particolari precauzioni nell'esecuzione dell'esame stesso.

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.

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. Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 E RUE 2016. La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.01.2022)



CONSENSO INFORMATO RX TRADIZIONALE

DIAG CI 01

REV 1 DEL 22.05.24

Io sottoscritto/a
(Nome e Cognome)

Nato/a a

Il
(gg/mm/aaaa)

Documento d'identità
(Specificare tipo di documento)

n.

del

In qualità di:

- ☐ Diretto interessato
- ☐ Rappresentante legale del/la sig./ra: _____

DICHIARO

- di essere stata/o esaurientemente informata/o sulla procedura alla quale sarò sottoposta/o e da me richiesta; eventuali alternative, benefici attesi e possibili rischi ed effetti collaterali.
- di essere stata/o informata/o che la procedura proposta è quella che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali.
- di essere stata/o adeguatamente informata/o dal Medico sulle possibili controindicazioni e sono, pertanto, consapevole della necessità di dichiarare eventuali patologie, condizioni o terapie farmacologiche che mi riguardano. Non fornendo informazioni veritiere riguardo la mia storia clinica vado incontro a possibili complicanze e/o effetti collaterali.
- di essere stata/o adeguatamente informata/o sulle misure di sicurezza da seguire prima, durante e dopo il trattamento.
- di essere stata/o informata/o sugli obiettivi della procedura.
- di aver rispettato le indicazioni relative l'esame.
- di essere stata/o informata/o 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.
- che tutte le nozioni mi sono state esaurientemente illustrate dal Medico e da me completamente comprese, e che ho anche ricevuto e letto una dettagliata informazione in merito a tale procedura e avuto risposte chiare ed esaurienti a tutte le mie domande.

DONNE – DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

dichiaro di non essere in gravidanza accertata o presunta

☐ SI

☐ NO*

Firma della Paziente _____

*Il medico preso atto della situazione clinica della Paziente e valutati i rischi ed i benefici acconsente ugualmente all'erogazione della prestazione sanitaria?

☐ SI

☐ NO

Nome, cognome e Firma del medico _____

PERTANTO

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE

Nome e Cognome Paziente

Nome e Cognome Medico Radiologo

Firma Paziente

Firma Medico Radiologo

(*) Per Pazienti minori firma del Genitore/Tutore/Rappresentante legale

GIUSTIFICAZIONE A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA RADIOLOGO

Ai sensi e per gli effetti dell'Art.3 (principio di giustificazione) del D.Lgs. 187 del 26 maggio 2000, il Medico Specialista Radiologo, valutato il caso specifico, ritiene:



Giustificato l'esame radiologico richiesto dal Medico curante



Non giustificato l'esame radiologico richiesto dal Medico curante, pertanto rifiuta temporaneamente l'esecuzione dell'esame e suggerisce in alternativa:

Firma del Medico Specialista Radiologo

Firma del TSRM per presa visione

Roma, ____/____/____

RSA Nostra Signora del Sacro Cuore SRL
Via Cardinal Pacca n. 16 – 00165 Roma