

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_  
**nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **residente a** \_\_\_\_\_  
**via** \_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_ **tel.** \_\_\_\_\_  
**Quesito clinico** \_\_\_\_\_

### CONSENSO INFORMATIVO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI RX E/O TC

si informa che tali indagini, effettuate a scopo diagnostico, sottopongono il paziente ad un'esposizione a radiazioni ionizzanti.

Tale esposizione non arreca significativi danni ai pazienti adulti, tuttavia l'eccessivo utilizzo delle radiazioni ionizzanti per pratica diagnostica e/o terapeutica, può favorire, a lungo termine, alterazioni nei tessuti ad alto turn-over (sistema emeopoietico, linfatico, mucosa intestinale, cartilagini di coniugazione, epidermide ed organi genitali), tale eventualità presenta un rischio potenzialmente più alto nei pazienti in età pediatrica.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato/a informato/a di quanto sopra esposto

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_

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

Dichiara di essere stato/a informato riguardo la procedura diagnostica e pertanto acconsente all'esecuzione dell'esame.

Sassari \_\_\_\_\_ Firma del paziente o del tutore \_\_\_\_\_

### CONSENSO INFORMATIVO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI RX E/O TC NELLE PAZIENTI IN ETÀ FERTILE

Si informano le pazienti in età fertile che un'eventuale esposizione a radiazioni ionizzanti effettuata per esami radiologici a scopo diagnostico potrebbe arrecare danni al nascituro, qualora la paziente si trovasse in stato di gravidanza.

Sarebbe pertanto opportuno accertare tale condizione prima di sottoporsi a tali indagini.

La sottoscritta \_\_\_\_\_

Dichiara sotto la propria responsabilità di non essere in stato di gravidanza presunto o accertata e acconsente all'esecuzione dell'esame radiologico così come richiesto dal medico proponente, in ottemperanza all'art.10 comma1, D,Lgs n.187/2000.

Sassari \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paziente

\_\_\_\_\_  
Firma del medico radiologo/TSRM

## ANAMNESI

QUESITO DIAGNOSTICO .....

.....

.....

.....

.....

SINTOMATOLOGIA .....

.....

.....

.....

.....

PATOLOGIE CONCOMITANTI .....

.....

.....

.....

.....

PRECEDENTI INTERVENTI CHIRURGICI .....

.....

.....

.....

.....

Per gli effetti del D.L.g. 30 Giugno 2003 n.196, La informiamo che i dati da Lei forniti sono raccolti nel nostro archivio radiologico al solo fine diagnostico e per adempiere a specifici compiti istituzionali connessi con l'attività clinica e vengono trattati esclusivamente da personale autorizzato vincolato al segreto professionale e d'ufficio. Qualora i suoi dati dovessero necessitare per finalità di ricerca scientifica o di statistica saranno trasmessi in forma anonima.