

SINTESI INFORMATIVA

DESCRIZIONE DELL'ESAME

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

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti e quindi di una metodica che può causare un danno biologico se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica.

Le donne in età fertile devono inoltre escludere una gravidanza in corso.

A COSA SERVE

L'esame RX viene utilizzato come prima indagine nel sospetto diagnostico delle patologie dell'apparato respiratorio, osteoarticolare e in alcune patologie addominali.

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

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 e in alcuni casi a trattenere il respiro.

COSA PUO' SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame. La informo che il personale addetto al suo impiego è adeguatamente formato nel rispetto dell'art. 162, comma 2, del D.Lgs. 101/2020 e che l'apparecchio è sottoposto periodicamente ai controlli di qualità ed è conforme alle norme di buona tecnica.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Prima dell'esame di solito non occorre alcuna preparazione. E' opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili perché questi potrebbero compromettere il risultato dell'esame.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

PER DONNE IN ETA' FERTILE - GRAVIDANZA CERTA O SOSPETTA

Gentile Signora, SE SA DI ASPETTARE UN BAMBINO O HA IL DUBBIO CHE CIO' SIA POSSIBILE O NON PUO' ESCLUDERLO CON SICUREZZA AVVERTA IMMEDIATAMENTE IL PERSONALE!

In questo caso deve essere posta la massima attenzione possibile, dato che il feto ha un rischio maggiore di possibili danni da raggi X, soprattutto nelle prime settimane di gravidanza, quando i vari organi si stanno formando e sono più sensibili alle radiazioni. Nei casi di gravidanza certa o sospetta sarà effettuata una rivalutazione accurata delle indicazioni all'esame e dell'entità dell'irradiazione, valutando, se possibile, la possibilità di effettuare un'indagine alternativa ai raggi X o applicando particolari precauzioni nell'esecuzione dell'esame stesso.

DICHIARAZIONE DI STATO - DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

☐ NO☐ SI

(barrare la casella)

Data _____

Firma del/della Paziente _____

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.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Tutte le informazioni raccolte ed in particolare quelle personali sono tutelate dal D.Lgs 196/2003 sulla "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali". La ringraziamo per il tempo che ci ha dedicato e la preghiamo di datare e firmare per presa visione

Data _____

Firma del/della Paziente _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

- in qualità di esercente la potestà sul minore _____
- in qualità di tutore del paziente _____

INFORMATO/A

sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Esame Radiologico (RX) Convenzionale

RESO/A CONSAPEVOLE

- dal parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- 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;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti)

PRESA VISIONE DELLE INFORMAZIONI RELATIVE ALL'INDAGINE/PROCEDURA IN OGGETTO

VALUTATE LE INFORMAZIONI RICEVUTE ED I CHIARIMENTI CHE MI SONO STATI FORNITI, AVENDO COMPRESO QUANTO SOPRA SINTETICAMENTE RIPORTATO

☐ **ACCETTO L'INDAGINE PROPOSTA**

☐ **RIFIUTO L'INDAGINE PROPOSTA**

(barrare la casella)

Data _____ Firma del/della Paziente _____

Firma e timbro del Medico Prescrivente/Radiologo _____

Eventuale interprete _____

=====

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____

REVOCO

il consenso alla precitata procedura, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Data _____ Firma del/della Paziente _____

Firma e timbro del Medico Prescrivente/Radiologo _____