

SINTESI INFORMATIVA

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso dell'esame, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

GIUSTIFICAZIONE ALL'ESAME

In accordo alla LG UE Radiation Protection n.172, risulta giustificato ricorrere all'impiego della CBCT in uso presso questa Struttura Sanitaria: NewTom Giano HR 3D con impiego di ampio/piccolo volume al fine di esaminare la densità ossea e valutare eventuali trattamenti riabilitativi.

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA

La TC volumetrica con tecnologia "Cone Beam" è una particolare apparecchiatura per tomografia computerizzata a raggi X dedicata alle applicazioni odontoiatriche. Essa è caratterizzata dall'acquisizione dell'immagine tridimensionale del volume da indagare con un'unica rotazione del complesso sorgente radiogena-rivelatore, grazie alle elevate dimensioni del rivelatore.

QUALITA' TECNOLOGICA E RISCHI DI ESPOSIZIONE

La TC volumetrica con tecnologia "Cone Beam", grazie alla maggiore capacità di risoluzione spaziale dei rivelatori utilizzati e all'elevato contrasto intrinseco delle strutture ossee, consente di ottenere immagini di buona qualità con dosi di radiazioni assorbite inferiori di 5-20 volte a quelle somministrate abitualmente da apparecchiature TC tradizionali. Poiché nessuna dose da radiazioni è trascurabile a priori, La informo che ogni esame radiologico con impiego di raggi X espone il paziente al rischio stocastico di possibili lesioni future. Le lesioni possono essere di tipo ereditario o somatico o possono insorgere anche dopo molto tempo dall'effettuazione dell'esame.

Al fine di ottimizzare l'impiego dell'apparecchiatura, La informo che il personale addetto al suo impiego è adeguatamente formato nel rispetto dell'art. 7, comma 8, del D.lgs 187/00 e che l'apparecchio è sottoposto periodicamente ai controlli di qualità ed è conforme alle norme di buona tecnica.

STIMA DELLA DOSE

Il parametro di dose che viene indicato è la DOSE EFFICACE, che rappresenta una stima della dose rapportata all'intero organismo, in quanto è la somma delle dosi equivalenti ponderate nei tessuti ed organi del corpo causate da irradiazioni interne ed esterne.

Il valore di dose efficace assorbita per un esame CBCT è mediamente di circa 80 µSv, che corrisponde alla dose efficace assorbibile con l'effettuazione di circa 9 esami endorali o alla dose assorbita in circa 8 giorni di esposizione al fondo di radiazione naturale (raggi cosmici etc.). Tali valori di dose sono di gran lunga inferiori rispetto alle dosi efficaci assorbibili con esame CT che fornisce le stesse informazioni diagnostiche ricavabili con esame CBCT.

Quanto sopra è in linea con la Tabella della IAEA riportata nelle Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC Volumetriche Cone Beam (GU Serie Generale n. 124, maggio 2010):

Tipo di esame dentale	Dose Efficace µSv
Esame CBCT (per i piccoli volumi dentoalveolari)	34-652
Esame CBCT (per i grandi volumi dentoalveolari)	30-1079

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!

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 (per donne in età fertile)

☐

NO

☐

SI

Data _____

Firma della Paziente _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY P_DMP_36 Gennaio 2018 rev. 00 pag 2 di 2 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 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.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003

Data _____

Firma del/della Paziente _____

	CONSENSO INFORMATO ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI CON TECNICA TC VOLUMETRICA CONE BEAM	
	R16 PSRAD 01 Rev.0	

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente 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 TC Cone Beam

Reso/a consapevole:

- sul 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) e per

Preso 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**

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 _____