

CONSENSO INFORMATO

**ESAME TC (TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA o TAC)
SENZA UTILIZZO DI MEZZO DI CONTRASTO ENDOVENA**

Qualora le informazioni riportate in questo foglio Le risultassero poco comprensibili o avesse dubbi in proposito, si rivolga con fiducia al personale del servizio deputato all'esecuzione dell'indagine richiesta, che le fornirà ogni possibile ulteriore chiarimento e informazione.

Gentile Signore/a,

l'indagine diagnostica a Lei prescritta consiste in una TC senza utilizzo di mezzo di contrasto.

NB. L'iniezione del mezzo di contrasto agevola la visualizzazione di alcuni dettagli utili per l'esame, come arterie, vene, linfonodi, parenchimi (*in particolare nello studio degli organi addominali e pelvici, del mediastino e vascolare*).

Effetti da radiazioni ionizzanti: le dosi di radiazioni ionizzanti solitamente impiegate nelle indagini diagnostiche TC sono potenzialmente associate a possibili mutazioni di tipo genetico e cromosomico. Si tratta tuttavia di possibili danni genetici stocastici, casuali e non deterministici sull'individuo esposto. Tuttavia le dosi di radiazioni erogate ai Pazienti per ogni singolo esame sono mantenute al livello minimo compatibile con la tecnologia disponibile e con un'accurata diagnosi in accordo con le vigenti direttive di legge e indirizzo delle società scientifiche. Il rischio radiologico è pertanto sovrastato dal beneficio diagnostico ricevuto dal Paziente per un esame giustificato.

COSA DIRE E COSA PORTARE AL MEDICO RADIOLOGO

La preghiamo di segnalare preventivamente al Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame tutte le patologie di cui è portatore.

E' molto importante riferire i sintomi che hanno portato all'esecuzione dell'esame ed esibire eventuali esami radiologici ed ecografici eseguiti in precedenza. Nel caso che l'esame sia ripetuto a distanza di tempo è necessario riportare la TC precedente. Il medico radiologo deve poter consultare il risultato di eventuali altri esami strumentali o visite specialistiche e, se disponibili, la relazione del Curante o lettere di dimissione emesse in occasione di precedenti ricoveri.

Medico inviante _____

Indagine richiesta _____

Sospetto clinico per cui si richiede l'indagine radiologica _____

Anamnesi _____

CONSENSO INFORMATO

Si prega di firmare questa dichiarazione di consenso informato all'esecuzione dell'esame senza somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto organoiodato confermando di aver letto tale documento in ogni sua parte.

Qualora il Paziente fosse minorenne il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da chi ne esercita la potestà.

Io sottoscritto sig/ra _____ nato/a il _____
ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda.

Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi (utilizzo di radiazioni ionizzanti), che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati.

Sono stato informato sulle possibili **limitazioni diagnostiche** dell'esame qualora eseguito **senza somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto organoiodato, in particolare nello studio degli organi addominali e pelvici, del mediastino e vascolare.**

Pertanto dichiaro di (barrare l'opzione scelta):

- Acconsentire allo svolgimento dell'indagine senza somministrazione di mezzo di contrasto.
- **Non acconsentire** allo svolgimento dell'indagine.

PER LA DONNA: potrebbe essere in stato di gravidanza ?(barrare l'opzione scelta)

- SI

- NO

- NON SO

Terni, il _____

Firma per esteso del Paziente (o del Titolare del consenso) _____

Firma del Medico Radiologo responsabile _____