

**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 \_\_\_\_\_**