

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE IN URGENZA  
DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE SENZA MEZZO DI CONTRASTO  
ED EVENTUALE INVIO DELLE IMMAGINI**

**SINTESI INFORMATIVA**

**COS'È**

Sono indagini che utilizzano i Raggi X (radiazioni ionizzanti) per studiare diverse strutture anatomiche (ossa, articolazioni, polmoni) Poiché si tratta di esami che espongono a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

**A COSA SERVE**

Gli esami RX vengono utilizzati come prime indagini nel sospetto diagnostico delle patologie dell'apparato respiratorio, osteoarticolare ovvero per consolidare e meglio definire l'entità della patologia stessa.

**COME SI EFFETTUANO**

Gli esami non sono dolorosi né fastidiosi. 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 ed in alcuni casi a trattenere il respiro

**PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI**

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

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al Medico Prescrittore o al Tecnico di Radiologia che effettuerà l'esame.

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente

in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Informato/a dal Dott. \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire, sulle indicazioni e finalità e precisamente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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;

- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti).

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;

Informato/a della necessità di inviare per via telematica allo specialista radiologo in altra sede, le immagini relative all'indagine diagnostica sostenuta e i dati clinici e anagrafici ad esse correlate,

accetta l'indagine proposta con le modalità sopra indicate

rifiuta l'indagine proposta con le modalità sopra indicate

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Eventuale interprete \_\_\_\_\_ Documento di identità \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente

in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

in qualità di  Esercente la potestà sul minore  Legale Rappresentante del paziente

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA  SI  NO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma della paziente \_\_\_\_\_