

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere **attentamente compilato e firmato in calce** dal paziente. Le risposte fornite dal paziente saranno utilizzate dal medico radiologo per le sue valutazioni.

Questionario somministrato da \_\_\_\_\_  
 Nome e Cognome del paziente \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 Indagine richiesta \_\_\_\_\_ Medico richiedente l'esame Rx \_\_\_\_\_  
 Quesito diagnostico \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI SULL'INDAGINE

**CHE COS'È:**

È un'indagine che utilizza i Raggi X (*radiazioni ionizzanti*) per studiare diverse strutture anatomiche. Dato che si tratta di un esame che espone 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:**

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

**COME SI EFFETTUA:**

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene posizionato sull'apparecchio radiologico secondo le posizioni previste 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. **Non esistono complicanze legate all'esame.**

**PREPARAZIONE NECESSARIA:**

Prima dell'esame non occorre alcuna preparazione. E' opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame. Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

**NOTE RELATIVE ALLE IMMAGINI FORNITE SU SUPPORTO OTTICO E ALLA REFERTAZIONE:**

Una volta completata l'esecuzione dell'esame il tecnico radiologo comunica al paziente eventuali criticità rilevate durante l'esecuzione dell'esame (*ad es. immagini poco nitide a causa di movimenti del paziente o relative alla fisicità dello stesso*). Nel caso in cui il nostro medico refertante lo ritenga opportuno potrebbero essere richieste sequenze di scansione aggiuntive da programmare ed eseguire in accordo con il paziente prima della pubblicazione del referto.

**Espressione del CONSENSO INFORMATO all'esecuzione dell'esame Radiologico Convenzionale:**

Informato/a sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Esame Radiologico Convenzionale. 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*) e per la vita. Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto e valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso le informazioni presenti sul retro del presente documento, acconsente all'esecuzione dell'esame.

Il medico responsabile ritiene che l'esame è giustificato nel rispetto del D.Lgs. 187/2000 e può essere accettato ed eseguito.

Firma del paziente ( <i>leggibile</i> )	Data Esecuzione:	il Medico Responsabile
---	------------------	------------------------

Tipo di Esame:	Nome del Tecnico TSRM:
----------------	------------------------

DICHIARAZIONE DI NON GRAVIDANZA

L'esposizione a radiazioni in stato di gravidanza può essere dannosa per l'embrione o per il feto, anche se la dose erogata dalle attrezzature digitali in dotazione della struttura è ridotta rispetto a quella erogata dalle attrezzature convenzionali e nonostante l'esame venga eseguito nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica (art.10 del D.Lgs.26 maggio 2000, n.187 – Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria particolare durante le gravidanze). Con alcune eccezioni, le radiazioni dovrebbero essere evitate in donne giovani, sotto i 30-35 anni, per limitare ogni fattore di ipotetico rischio. In caso dubbio la Sua prenotazione verrà riprogrammata per una data in cui ci sia la sicurezza completa di uno stato di non gravidanza.

La chiediamo di compilare la seguente

DICHIARAZIONE

Essendo stata esaurientemente informata dei rischi derivanti dalla esposizione a radiazioni ionizzanti, la sottoscritta \_\_\_\_\_ dichiara di non essere in stato di gravidanza, né di avere alcun dubbio di esserlo, al momento dell'esecuzione dell'esame ed accetta di essere sottoposta al seguente esame radiologico \_\_\_\_\_.

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

*Compilare in caso di esecuzione dell'esame su minorenni:*

COGNOME e NOME:

LUOGO DI NASCITA:

DATA DI NASCITA:

CODICE FISCALE:

IN QUALITÀ DI:

genitore     tutore     amministratore di sostegno     (altro)

dichiara, sotto la responsabilità, di fornire il consenso all'esecuzione dell'esame diagnostico/specialistico richiesto.

Firma leggibile \_\_\_\_\_