CENTRO DIAGNOSTICO SABATINO
POLIAMBULATORIO - ANALISI CLINICHE - DIAGNOSTICA
PER IMMAGINI - RX - TAC - RMN
via Romana 10, 00061 Anguillara Sabazia (RM)
P.IVA 01297361006

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL' ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE

CHE COSA È: è un'indagine che utilizza i Raggi X (radiazioni ionizzanti) per studiare diverse strutture anatomiche(ossa, articolazioni, polmoni). L'esame RX viene utilizzato come prima indagine nel sospetto diagnostico delle patologie dell'apparato respiratorio, osteoarticolare ed in alcune patologie addominali.
COME SI SVOLGE: l'esame non è doloroso né fastidioso. 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 seguendo le indicazioni ricevute dal tecnico radiologo.
COMPLICANZE: non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame.

PREPARAZIONE: Prima dell'esame di solito non occorre alcuna preparazione. è opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulodi consenso il Paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al Medico Radiologo.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO
all'effettuazione dell'esame radiologico convenzionale

Io sottoscritto/a _____ Nato/a a_____
il ____/____/_____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore_____
(2) in qualità di tutore del paziente_____

dopo aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario propostomi e dopo aver ricevuto chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico operatore, liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione radiologico convenzionale.

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

Firma/e del/i soggetto/i interessato/i o legale rappresentante

Data ____/____/_____

_____

Timbro e firma del medico

Data ____/____/_____

_____

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI NO

Firma/e del/i soggetto/i interessato/i o legale rappresentante

Data ____/____/_____

_____