

**NOTA INFORMATIVA – CONSENSO INFORMATO – AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI
RISCHIO RADIAZIONI IONIZZANTI**

L'esame di TCSM (Tomografia computerizzata multistrato) è un esame diagnostico che consente di ricostruire "sezioni" della regione corporea indagata. L'esame non è né doloroso né fastidioso. Il paziente dovrà rimanere immobile sul lettino per il tempo dell'esame (15- 20 minuti circa) per consentire la raccolta delle informazioni diagnostiche delle migliori qualità. Le condizioni di illuminazione, ventilazione e temperatura sono regolate in modo da assicurare il massimo comfort. Il personale addetto è comunque sempre presente nella sala comando e può essere chiamato in qualsiasi momento utilizzando l'interfono.

Nel rispetto del Decreto Legislativo 31 luglio 2020, n. 101 inerente la radioprotezionistica, La informiamo che l'indagine radiologica che è in procinto di effettuare, prevede l'esposizione a radiazioni ionizzanti (raggi X). Le cellule embrionali (primi 3 mesi di gravidanza) e quelle fetali (dal 3° al 9° mese) in minor misura, sono cellule particolarmente sensibili alle radiazioni X.

Pertanto tutte le persone di sesso femminile, in età fertile, sono particolarmente esposte a questo rischio, qualora sottoposte ad esame radiologico.

CONSENSO

Il / La sottoscritto/a , dichiara:

- di essere stato/a informato/a dei possibili rischi conseguenti all'esposizione a radiazioni ionizzanti;
 - se donna, di non essere in stato di gravidanza presunto o accertato;
- pertanto esprime il proprio consenso all'esecuzione dell'esame radiologico.

FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE O DI CHI NE HA LA TUTELA
(specificare l'eventuale grado di parentela)

Data

SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO (m.d.c.)

Alcune indagini richiedono la somministrazione di m.d.c. iodato che permette una maggiore efficacia nell'identificazione e caratterizzazione di alcune patologie. Il Paziente è posizionato sdraiato sul lettino e il mezzo di contrasto viene somministrato per via endovenosa. La quantità varia in rapporto alla tecnica, al quesito diagnostico ed al distretto corporeo da esaminare. Astenersi dall'assunzione di alimenti 5 ore prima dell'esame.

E' consigliabile NON sospendere la terapia personale del paziente. La somministrazione del farmaco è esclusivamente di competenza medica o infermieristica.

La somministrazione di m.d.c. può raramente comportare alcuni effetti collaterali:

- lievi** (sensazione di calore, nausea, rossore, cefalea, prurito, ecc...);
- moderati** (dispnea, ipotensione, tachicardia);
- gravi**: (serie aritmiche, broncospasmo severo, arresto cardio-respiratorio, insufficienza renale acuta, shock anafilattico);

La invitiamo, pertanto, a leggere e a rispondere attentamente alle seguenti domande:

A) Ha mai effettuato indagini radiologiche con infusione endovenosa di mezzo di contrasto?	SI	NO
B) E' affetto da ipertiroidismo (o altri disturbi della tiroide) ?	SI	NO
C) E' affetto da gravi disfunzioni renali?	SI	NO
D) Se donna, è in fase di allattamento ?	SI	NO
E) Ha mai avuto fenomeni allergici stagionali o conseguenti all'assunzione di farmaci o alimenti ? (asma bronchiale, orticaria, etc)	SI	NO
F) Se ha risposto "SI" alla domanda E, dichiara di aver contattato il Medico del Centro?	SI	NO
G) Se ha risposto "SI" alla domanda E, dichiara di avere eseguito la preparazione antiallergica?	SI	NO

I PAZIENTI CON PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE AL MEZZO DI CONTRASTO A SEGUITO DI INDAGINI RADIOLOGICHE (TAC – UROGRAFIE – RMN) ED I PAZIENTI CON ALLERGIE AL LATTICE, DEVONO EFFETTUARE INDAGINI CONTRASTOGRAFICHE IN STRUTTURE OSPEDALIERE.

A CURA DEL PAZIENTE:

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il dichiara di aver letto, compreso e risposto con precisione a tutte le domande sopra elencate e di essere stato/a informato/a in maniera chiara, comprensibile ed esauriente sui rischi connessi all'impiego del mezzo di contrasto.

Pertanto

- acconsente alla somministrazione del mezzo di contrasto**
- non acconsente alla somministrazione del mezzo di contrasto**

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE O DI CHI NE HA LA TUTELA
(specificare l'eventuale grado di parentela)

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo e del consiglio del 27 aprile 2016 esposta pubblicamente all'interno della struttura e sul sito www.ricercheradiologiche.it ed autorizza la struttura Ricerche Radiologiche S.r.l. al trattamento dei dati personali e sensibili secondo le modalità ivi descritte. Inoltre esprimendo il mio consenso libero, specifico e informato

- Autorizzo NON Autorizzo Ricerche Radiologiche ad utilizzare l'indirizzo mail da me fornito, per comunicazioni a scopo informativo, commerciale, promozionale e pubblicitario delle sole attività di Ricerche Radiologiche (art. 21 Regolamento (UE) 2016/679).
- Autorizzo NON Autorizzo Ricerche Radiologiche ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica, epidemiologica, in pubblicazioni e durante congressi (art. 89 Regolamento(UE) 2016/679)

Data ____/____/____