

CONSENSO INFORMATO

EROGAZIONE (ESPOSIZIONE DI RADIAZIONI IONIZZANTI)

PER LE PROCEDURE INERENTI LE PRATICHE RADIOLOGICHE CLINICAMENTE SPERIMENTATE
DECRETO LEGISLATIVO N. 151/2001 - 101/2020

DATA.....

IL/LA PAZIENTE

NATO A IL

RESIDENTE TEL

MEDICO CURANTE

INDAGINE RADIOLOGICA (barrare la metodica richiesta)

- ☐ 1) Esame TAC senza e/o con MDC EV
☐ 2) Esame Radiografico senza e con MDC EV e/o con MDC baritato
☐ 3) Mammografia

DICHIARA

- Di dare il proprio consenso all'esecuzione dell'esame indicato consapevole del rischio derivante dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti.
- Di aver perfettamente capito che tale esame è necessario ai fini della definizione diagnostica della patologia di cui è affetto e quindi del suo trattamento e/o della sua prognosi.
- Di essere a conoscenza che, come per qualunque esame diagnostico, esiste un margine di errore indipendentemente dalla competenza dell'esecutore e dell'efficienza delle apparecchiature utilizzate.

DONNA IN ETÀ FERTILE

- ☐ Dichiaro sotto personale responsabilità di NON ESSERE in stato di presunta/accertata gravidanza.
☐ Dichiaro sotto personale responsabilità di ESSERE in stato di presunta/accertata gravidanza.

MINORI E/O INTERDETTI E/O INABILI

IL TUTORE - NOME/COGNOME

NATO A IL

RESIDENTE TEL

☐ Consenso all'invio del referto via e-mail

Il/la Paziente e/o Tutore

Il TSRM (firma leggibile)

Il Medico Radiologo (leggibile)

.....

.....

.....