



CASA DI CURA PRIVATA



SANTA TERESA

di Miacci V.T., Fabio & C. S.r.l Accreditata con il S.S.R.

Ortopedia e Traumatologia - Day Surgery - APA - Analisi Chimico
 Cliniche - Radiologia - Cardiologia

Via Nazionale 7/25 - ISOLA DEL LIRI (FR)

Tel. 0776 80291 - Fax: 0776 8029100 - Laboratorio Analisi: 0776 8029108

www.clinicasteresa.it - clinicasteresa@clinicasteresa.it - laboratorioanalisi@teresa@gmail.com Partita IVA 01707900609

Direttore Sanitario: Dott. Ivan Tersigni



ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

Il/la sottoscritto/a nato/a il

Residente in Via

Lette, comprese e valutate con attenzione le informazioni sintetiche sopra riportate relative all'indagine in oggetto (anche alla luce delle informazioni ricevute dal medico che ha prescritto l'indagine e dei chiarimenti che mi sono stati forniti dal medico radiologo), consapevole:

- Che l'indagine diagnostica proposta è quella che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- Della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- Dei rischi relativi e degli eventuali possibili danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

 accetto l'indagine proposta **rifiuto l'indagine proposta**

Data

Firma del paziente

Firma dell'interprete (se presente)

Firma del Medico Radiologo

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

 SI **NO**

Data

Firma del paziente

Da compilare se il paziente non può esercitare il proprio diritto al consenso:

MINORE	Il/la sottoscritto/a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutore Dichiara di esercitare la podestà genitoriale e che l'altro genitore è informato ed acconsente
MAGGIORENNE INCAPACE	Il/la sottoscritto/a Dr Valutare le condizioni del paziente, rileva la sua incapacità ad esprimere un valido consenso Firma del medico
MAGGIORENNE CON TUTORE o AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	Il/la sottoscritto/a Sottoscrivere in qualità di Tutore o Amministratore di sostegno Firma

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligato/a ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs. 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali". La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note.

ACQUISIZIONE DEL CONSENTO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME TC CON MEZZO DI CONTRASTO

Dichiarazioni dell'interessato

Con la presente dichiarazione, da considerare come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, **dichiaro** di aver ricevuto dal Medico che mi ha esposto i contenuti di questo consenso, esaurienti e chiare informazioni sugli scopi dell'indagine radiografica a cui sarò sottoposta e sulle modalità con cui esso/a verrà eseguito/a.

Analogamente, ho compreso quali potrebbero essere i **potenziali rischi/inconvenienti dell'indagine e il rapporto rischio/beneficio dell'utilizzo del mezzo di contrasto**.

Ritengo che l'esposizione di quanto sopra descritto sia avvenuta **in modo chiaro e comprensibile e giudico appropriato il tempo che mi è stato concesso per valutare i contenuti e per porre eventuali domande**.

Sono soddisfatto/a delle risposte avute ed ho avuto il tempo necessario per poter prendere serenamente le mie decisioni.

Dichiaro di aver informato dettagliatamente i Medici riguardo i precedenti interventi chirurgici subiti, eventuali allergie o reazioni a farmaci, le patologie di cui sono attualmente affetto e la terapia medica in corso.

Acconsento, pertanto, e chiedo espressamente di essere sottoposta/a alla procedura oggetto del presente consenso

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Autorizzo l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'esecuzione dell'esame

AURTORIZZO

NON AURTORIZZO

Data

Firma dell'interessato

DA FIRMARE IN CASO DI DONNE IN ETA' FERTILE

In caso di gravidanza, anche solo probabile, è indispensabile avvertire il Medico Radiologo, poiché l'esame dovrebbe essere rimandato per motivi protezionistici.

Io sottoscritta escludo pertanto qualsiasi fondato sospetto di gravidanza in atto al momento dell'esame radiologico (al tipo radiografico, TC, RM).

Firma