

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO

ALL' ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI DI RADIOLOGIA MEDICA.

Luogo e Data _____

Sig./Sig.ra _____

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

DESCRIZIONE E NOZIONI GENERALI

L'esame di radiologia (Ortopantomografia e/o Endorali) si basa sull'erogazione di radiazioni ionizzanti.

In questa struttura gli esami mediante raggi X sono eseguiti nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica. Le dosi di radiazioni erogate per ogni singolo esame sono mantenute a livello minimo compatibile con una accurata diagnosi e comunque inferiori ai Livelli Diagnostici di Riferimento stabiliti dalle vigenti Direttive dell'Unione Europea. Il rischio radiologico è pertanto molto basso e sicuramente sovrastato dal beneficio diagnostico ricevuto dal paziente per un esame giustificato.

1. Le dosi assorbite durante gli esami eseguiti presso questa Struttura con l'apparecchiatura "ORTHOPHOS XG 3D", sono paragonabili a quelle che riceviamo dall'ambiente naturale e variano dall'equivalente di qualche giorno a quello di qualche settimana di radiazioni naturali. Particolari precauzioni devono essere rivolte ai bambini, ai pazienti giovani e alle donne in gravidanza che corrono rischi potenzialmente superiori;

2. Il paziente deve sempre informare il medico specialista degli esami radiologici effettuati in precedenza e deve eventualmente metterli a disposizione (potrebbero infatti ritenersi superflui ulteriori accertamenti);

3. Il medico specialista dispone l'esecuzione dell'esame radiologico solo quando lo ritiene appropriato e giustificato in base alla situazione del singolo paziente;

4. Al fine di minimizzare i rischi per la salute, in questa Struttura gli esami radiologici sono eseguiti nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica. In particolare, solo se:

- vi è una richiesta diagnostica adeguatamente giustificata;
- non esistono esami diagnostici alternativi all'uso di radiazioni ionizzanti;
- non vi sono altri referti diagnostici validi (se il paziente possiede radiografie recenti deve metterle a disposizione del medico specialista).

5. L'apparecchiatura "ORTHOPHOS XG 3D" è sottoposta a:

- controlli di qualità giornalieri da parte del personale della Struttura;
- controlli di qualità periodici da parte di un esperto qualificato, a seguito dei quali è rilasciata specifica certificazione;
- misure idonee per determinare la minor dose di radiazioni compatibile con il risultato diagnostico necessario da parte di un esperto in fisica medica.

6. Le pazienti che non possono escludere di essere in stato di gravidanza devono segnalarlo al personale sanitario affinché il medico specialista possa fare le opportune valutazioni.

Quanto sopra è in linea con la Tabella della IAEA riportata nelle Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC Volumetriche Cone Beam (GU Serie Generale n. 124, maggio 2010)

Tipo di esame dentale	Dose Efficace μSv
Esame radiologico dentale intraorale	1-8
Esame panoramico dentale	4-30
Esame cefalometrico	2-3

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____, dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura diagnostica dell'esame radiologico, oltre che di aver acquisito consapevolezza riguardo ai rischi ed alle complicazioni che ne potrebbero derivare.

Presto pertanto il mio assenso all'esecuzione delle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Firma del paziente

Dr./Dott.ssa
