

CONSENSO INFORMATO ESAMI RADIOLOGICI CON TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) SENZA MEZZO DI CONTRASTO

(redatto in riferimento alla normativa per la protezione dalle radiazioni ionizzanti nelle esposizioni mediche)

SINTESI INFORMATIVA

Dati identificativi del paziente: **Cognome e Nome Nato a in data**

In questo studio radiologico gli esami mediante i raggi x sono eseguiti nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica. Le dosi di radiazioni erogate ai pazienti per ogni singolo esame sono mantenute al livello minimo compatibile con una accurata diagnosi e comunque inferiori ai Livelli Diagnostici di Riferimento stabiliti dalle vigenti Direttive dell'Unione Europea.

In particolare, l'esame è effettuato solo se:

- vi è una richiesta diagnostica motivata;
- non esistono, in alternativa, altri tipi di esame senza raggi x;
- non vi sono altri reperti diagnostici validi (il paziente deve informare il radiologo se è in possesso di indagini RX o TC eseguite di recente in un esame dello stesso distretto anatomico);
- l'attrezzatura disponibile in questo studio radiologico consente la minor dose di radiazioni compatibilmente con il risultato diagnostico necessario.

In questo studio radiologico l'attrezzatura radiologica è sottoposta a:

- prove di verifica periodiche delle caratteristiche di funzionamento da parte di un professionista laureato ed esperto in fisica medica a seguito delle quali è rilasciata specifica documentazione scritta;
 - controlli di qualità periodici da parte dello stesso esperto in fisica medica a seguito dei quali è rilasciata specifica documentazione scritta;
 - misure per la determinazione della dose al paziente al fine di ottimizzare la tecnica diagnostica per la tutela della salute del paziente.
- Per ogni ulteriore chiarimento il personale medico è a disposizione del paziente.

DI COSA SI TRATTA E QUALI SONO I RISCHI

La TAC (Tomografia Assiale Computerizzata) è una metodica di diagnostica per immagini che utilizza i Raggi X (radiazioni ionizzanti) e consente di riprodurre sezioni o strati (tomografia) corporei del paziente e di effettuare elaborazioni tridimensionali. La produzione delle immagini avviene attraverso l'elaborazione computerizzata dei dati.

Lo stato di gravidanza può essere una controindicazione all'esecuzione di un esame radiologico. Al fine di analizzare con particolare attenzione il bilancio rischio - beneficio per la paziente in gravidanza, accertata o potenziale, si chiede espressamente alle pazienti di questo studio, che non siano in grado di escludere la gravidanza, di informarne il radiologo.

In questo Studio Radiologico gli esami vengono eseguiti solamente dopo l'accertamento della loro appropriatezza e quindi tenendo conto dei risultati della ricerca scientifica e delle linee Guida di riferimento. Il rischio radiologico per gli esami radiologici TC senza mezzo di contrasto rientra nelle classi di dose "II" e "III" (la scala va da "I" a "IV" – classe "II": 1 mSv < dose efficace < 5mSv; classe "III": 5 mSv < dose efficace < 10mSv). In questo contesto il bilancio rischio - beneficio è ampiamente favorevole.

A COSA SERVE

La TC (Tomografia Computerizzata) è una metodica di diagnostica per immagini che utilizza i raggi X e consente di riprodurre sezioni o strati (tomografia) corporei del paziente e di effettuare elaborazioni tridimensionali. E' un'indagine di approfondimento diagnostico che sulla base d'indicazione clinica consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei. La produzione delle immagini avviene attraverso l'elaborazione computerizzata dei dati.

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato sul lettino dell'apparecchiatura che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) che è la fonte di raggi X e dei dispositivi di rilevazione. Durante l'esecuzione il paziente è invitato a mantenere l'immobilità ed in alcuni casi a trattenere il respiro.

RACCOMANDAZIONI

E' opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame.

Il paziente, preso atto delle informazioni fornite della "SINTESI INFORMATIVA" del presente documento, può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO TC

Io paziente, **Cognome e Nome Nato a in data**

Oppure

Io sottoscritto, (Cognome e Nome) _____ Nato a _____ il ____ / ____ / ____

in qualità di: Esercente la potestà genitoriale Tutore Amministratore di sostegno Legale rappresentante

Ho letto e compreso quanto sopra e ho ricevuto informazioni adeguate in merito ai benefici e ai rischi associati alla dose di radiazione dovuta esposizione medica.

Dichiaro di **ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA** **NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA**
 non pertinente

Tricesimo, **Data**

Firma

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO** l'effettuazione **DELL'ESAME RADIOLOGICO TC**

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Tricesimo, **Data**

Firma

Ai sensi dell'Art. 159 - comma 6 della DLgs 31/07/2020 n. 101, il medico specialista

Dott. Degano Gian Paolo
 Dott.ssa Ulcigrai Veronica

Dott.ssa Panozzo Myriam
 Dott. Rositani Pasquale

Dott.ssa Cimino Elisa

si è accertato che il paziente o chi ne fa le veci abbia ricevuto informazioni adeguate in merito ai benefici e ai rischi associati alla dose di radiazione dovuta all'esposizione medica. Analoghe informazioni devono essere ricevute da assistenti e accompagnatori.

Firma del medico specialista

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

REVOCA Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data _____

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante _____

Firma leggibile del radiologo responsabile _____

REGOLAMENTO EUROPEO General Data Protection Regulation n° 679/16
D.Lgs. 101/18 di modifica D.Lgs. 196/03 “Codice in materia di trattamento dei dati personali”

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto, **Cognome e Nome**

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

- Per sé

Oppure

Il sottoscritto (indicare Cognome, Nome e data di nascita)

in qualità di:

- Esercente la potestà genitoriale (*allegare documento di identità*)
- Tutore (*allegare documenti certificanti e documento di identità*)
- Curatore (*allegare documenti certificanti e documento di identità*)
- Amministratore di sostegno (*si allegano documenti certificanti/copia decreto di nomina e documento di identità*)
- Legale rappresentante (*si allegano documenti certificanti e documento di identità*)

di **Cognome e Nome**

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Ricevuta e compresa l'informativa conferita ai sensi dell'art. 13 della normativa vigente;

Preso atto che ai sensi del provvedimento del Garante privacy del 07 marzo 2019 i trattamenti di dati necessari alla prestazione sanitaria richiesta, se effettuata da professionisti sanitari tenuti al segreto professionale o ad obbligo di segretezza, non richiedono consenso dell'interessato che invece risulta necessario per tutti gli altri trattamenti attinenti, solo in senso lato, alla cura, per le seguenti attività:

1) Trattamento del dossier sanitario interno per le finalità di diagnosi e cura.

Il trattamento non comprende i dati riguardanti le prestazioni eseguite presso altre strutture pubbliche o private. La negazione del consenso non consente di procedere all'erogazione della prestazione.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

2) Comunicazione di dati sanitari a medico esterno (medico di medicina generale o pediatra di libera scelta o altri specialisti) su richiesta e/o in casi di necessità determinati dalle condizioni di salute del paziente.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

3) Invio immagini diagnostiche per la refertazione ad un centro esterno

Possibilità di invio delle indagini diagnostiche eseguite per via telematica in altra sede per interpretazione e refertazione. L'invio avviene in modalità sicura tramite VPN.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

4) Invio campioni biologici a laboratorio esterno

SaniRad è punto prelievi e si affida a laboratori esteri per l'analisi dei campioni. La negazione del consenso non consente di procedere all'erogazione della prestazione.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

5) Attivazione servizi on-line (pubblicazione referti sul portale “referti on-line” del sito internet www.sanirad.it).

L'accesso al portale avviene attraverso l'utilizzo di credenziali di sicurezza che vengono comunicate nel contesto delle procedure di accettazione. Il servizio comprende l'invio di messaggi di notifica di “referto pronto”.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

6) Invio promemoria per attività programmate o da programmare e messaggi di notifica (e-mail, sms, posta)

Il servizio prevede l'invio di messaggi di promemoria per prenotazioni effettuate, da effettuare e l'invio di modulistica relativa alle prestazioni da eseguire

] ACCONSENTO

] NON ACCONSENTO

7) Invio di comunicazioni informative sull'attività aziendale (e-mail, sms, posta)

Le comunicazioni riguarderanno l'avvio di nuove attività, l'inserimento di nuovi professionisti, la pianificazione di giornate di prevenzione o informazioni sull'organizzazione aziendale.

] ACCONSENTO

] NON ACCONSENTO

8) Utilizzo firma grafometrica

La firma grafometrica è un particolare tipo di firma elettronica che si ottiene nel momento in cui l'utente appone la sua firma su un tablet leggendo i suoi dati biometrici al documento elettronico firmato. L'utilizzo della firma grafometrica consente un'agevole raccolta, conservazione e consultazione delle scelte effettuate dall'utente.

] ACCONSENTO

] NON ACCONSENTO

Nel caso in cui acconsenta a tale utilizzo dei dati, Le ricordiamo che, ai sensi della normativa vigente in materia di trattamento dei dati, potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento in oggetto, mediante l'invio di una e-mail al seguente indirizzo dpo.privacy@sanirad.it.

In ogni momento potrà inoltre esercitare tutti i diritti di cui al punto "diritti dell'interessato" dell'informativa (tra cui i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e di cancellazione, oblio, portabilità) con comunicazione scritta da inviare al titolare o al DPO agli indirizzi indicati in informativa.

data _____

Firma leggibile _____

Nell'impossibilità da parte dell'utente **Cognome e Nome** di firmare materialmente per (indicare il motivo) _____ l'operatore incaricato sottoscritto _____ dà atto del comportamento concludente in tal senso da parte dell'utente stesso.

data _____

Firma leggibile dell'operatore _____

DELEGA DI PRESENZA ALLA VISITA MEDICA

Io sottoscritto/a

esercente la patria potestà sul minore **rappresentante legale**

del paziente: Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita

DELEGO

Il /la Sig.

ad essere presente in mia vece alla visita medica a cui mio figlio / rappresentato si sottoporrà.

Data

Firma

ATTENZIONE:

- Allegare fotocopia di documento di identità valido dell'esercente la patria potestà o del rappresentante legale.
- Esibire tutta la modulistica di consenso informato regolarmente compilata e firmata
- Esibire tutta la documentazione sanitaria di pertinenza della prestazione sanitaria programmata

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER I GENITORI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 – DPR 18/12/2000, n. 445)

Io sottoscritto/a.....
nato/a a il.....
residente a
via n

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

- di essere genitore del minore **Cognome e Nome**

nato a **luogo di nascita** il **data di nascita**

e di esercitare sullo stesso la responsabilità genitoriale ai sensi della L. 154/2013 e artt. 315 e segg. C.C.

Letto, confermato e sottoscritto

Tricesimo data:

Il/la dichiarante (firma per esteso leggibile).....
(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

[] presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.