

**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
<b>F) Se ha risposto "SI" alla domanda E, dichiara di aver contattato il Medico del Centro?</b>	SI	NO
<b>G) Se ha risposto "SI" alla domanda E, dichiara di avere eseguito la preparazione antiallergica?</b>	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](http://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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_