

 <p>Istituti Clinici Zucchi Gruppo San Donato</p>	<p align="center">INFORMAZIONE E CONSENSO PER ESAME DIAGNOSTICO TC (TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA) Senza MdC</p>	<p align="right">MOD. UMCCCIC_4262 REV. 001 DEL 04/01/2021</p>
<p><input type="checkbox"/> Presidio di Monza <input type="checkbox"/> Presidio di Carate Brianza</p>	<p align="center">DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</p>	<p>Responsabile Dott. Alberto Aliprandi</p>

Numero cartella clinica

Cognome

Nome

Data di consegna dell'informativa

Gentile Signora/Egregio Signore,

le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura cui verrà sottoposta/o Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente per essere in grado di manifestare, firmando in calce il documento, il Suo consenso. Qualora le informazioni non risultassero chiare e/o esaurienti potrà chiedere ulteriori delucidazioni al Suo Medico curante e/o al Medico Esaminatore, prima dell'esecuzione dell'indagine. Si raccomanda di fornire la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti eventualmente eseguiti in precedenza.

Informazioni Generali

L'indagine TC è eseguito posizionando il paziente su un lettino che scorre all'interno del gantry, un "anello", ove sono emesse radiazioni ionizzanti. Per una corretta riuscita dell'indagine occorre che il paziente rimanga il più fermo possibile e respiri regolarmente. In alcune tipologie di esami (TC torace ad esempio) possono essere richieste alcune apnee di pochi secondi. Gli operatori sono sempre in contatto audio-visivo con il paziente che può interrompere l'indagine su sua richiesta quando vuole, consapevole tuttavia che questo penalizza la capacità diagnostica dell'indagine. Queste indagini si effettuano per diverse patologie e molteplici apparati: respiratorio, osteoarticolare, cardiocircolatorio, neurologiche e alcune patologie addominali.

Come prepararsi all'esame

Non è necessaria alcuna preparazione. Non esistono complicanze legate alla esecuzione dell'esame.

Non è necessaria alcuna preparazione. Per le donne in età fertile è importante la consapevolezza di non essere in stato di gravidanza.

Il cliente dichiara di:

- aver letto e compreso l'informativa;
- aver ricevuto informazioni sufficienti e comprensibili;
- aver avuto risposte esaurienti ai chiarimenti richiesti.

Cognome e Nome (in stampatello): del cliente; del tutore del cliente inabilitato; dei genitori del cliente minorenni esercenti la responsabilità genitoriale

Data

Firma del Cliente / tutore / genitore

Firma dell'altro genitore

Data

Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, CON LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE IL FIRMATARIO DICHIARA DI ESERCITARE CONGIUNTAMENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, OVVERO DI ESSERE L'UNICO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE ESONERANDO DA OGNI RESPONSABILITÀ LA STRUTTURA E I SUOI MEDICI PER OGNI ATTO CONSEGUENTE ALLA MENDACE AFFERMAZIONE ED ACCOLLANDOSENE GLI ONERI. — IN CASO DI ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE DISGIUNTA SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA. — SE IL MINORE HA PIÙ DI 14 ANNI OLTRE ALLA FIRMA DEI GENITORI (O DEL TUTORE) DEVE FIRMARE LO STESSO MINORE.

Nota per l'operatore:

l'Informativa e il Consenso devono essere rilasciati in copia al cliente al momento del colloquio.

CONSENSO INFORMATO PER ESAME DIAGNOSTICO TC

(TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA)

Senza MdC

Gentile Signora/Egregio Signore,

Il consenso scritto all'esecuzione di esami diagnostici effettuati mediante TC è previsto espressamente dalle Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC del Ministero della Salute (G.U. Serie Generale n. 124 del 29/5/2010).

Il presente consenso viene redatto in duplice copia, una delle quali viene rilasciata al paziente per ricevuta e l'altra viene archiviata presso la nostra struttura per la durata di 5 anni.

Io sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____

a _____

(*) In caso di minore/interdetto è necessaria la firma di un genitore/tutore Rappresentante legale di

_____ nato il ____/____/____

a _____ N. Documento identificativo _____

DICHIARO

1. di aver avuto un colloquio con il/la Dott./ssa _____ dal/la quale ho ricevuto in maniera chiara le informazioni necessarie per comprendere:

- il mio stato di salute e/o le caratteristiche della mia malattia;
- le indicazioni, le motivazioni cliniche, le finalità e le modalità di esecuzione dell'indagine o procedura proposta, definita

- le probabilità di successo diagnostico e/o terapeutico, i benefici ragionevolmente attesi e le eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche all'indagine o procedura proposta;

2. di conoscere la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento;

3. di avere compreso tutte le informazioni che mi sono state fornite;

Pertanto,

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Cognome e Nome (in stampatello): del cliente; del tutore del cliente inabilitato; dei genitori del cliente minorenni esercenti la responsabilità genitoriale

Data

Firma del Cliente / tutore / genitore

Firma dell'altro genitore

Data

Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, CON LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE IL FIRMATARIO DICHIARA DI ESERCITARE CONGIUNTAMENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, OVVERO DI ESSERE L'UNICO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE ESONERANDO DA OGNI RESPONSABILITÀ LA STRUTTURA E I SUOI MEDICI PER OGNI ATTO CONSEGUENTE ALLA MENDACE AFFERMAZIONE ED ACCOLLANDOSENE GLI ONERI. — IN CASO DI ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE DISGIUNTA SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA. — SE IL MINORE HA PIÙ DI 14 ANNI OLTRE ALLA FIRMA DEI GENITORI (O DEL TUTORE) DEVE FIRMARE LO STESSO MINORE.

Se, in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario, volesse revocare il consenso è pregato di compilare la parte sottostante:

REVOCO IL CONSENSO In data ____/____/____

Nome e Cognome _____ Firma _____