

**ATTO SANITARIO:  
RADIOLOGIA TRADIZIONALE**

**MOD\_0165\_RAD\_0011\_02**

Versione definitiva

CONSENSO

Pagina 1 di 4

14/10/2020

SC Radiologia pediatrica

Vi diamo il benvenuto nella Struttura Complessa di Radiologia Pediatrica dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo di Trieste. Vi segnaliamo che, durante la permanenza in ospedale vostra o di vostro figlio/a, tutto il personale del reparto si adopererà per soddisfare ogni vostra esigenza di informazione sul percorso di cura e sulle regole organizzative interne. Vi preghiamo di leggere attentamente le informazioni riportate in questo modulo prima di firmare il vostro consenso al piano diagnostico e terapeutico proposto. Accertatevi di aver compreso bene tutte le fasi della procedura, che richiedono una partecipazione attiva e consapevole. Le informazioni fornite non sostituiscono in alcun modo il colloquio con il medico, al quale è possibile esprimere qualsiasi quesito in merito.

**PARTE A - RACCOLTA DEI DATI ANAGRAFICI**

Io/noi sottoscritto/a/i, in qualità di  assistito/a  genitori (*entrambi*)  madre  padre  
 tutore  altro responsabile legale,  
responsabile/i della compilazione dei dati sottoindicati:

**DATI IDENTIFICATIVI**

Etichetta	<b>Dati identificativi dell'assistito/a</b>	
	Cognome .....	Nome .....
	Nato/a a .....	il .....
	Residente a .....	CAP .....
	in Via .....	

**DA COMPILARE SOLO SE L'ASSISTITO/A È MINORENNE (<18 ANNI) E NON EMANCIPATO/A**

<p><b>Dati dei genitori o del titolare della responsabilità genitoriale*:</b>  <i>In caso di minore vi è la necessità di ottenere il consenso da <u>entrambi i genitori</u>, o da chi, giuridicamente, ne faccia le veci. Tale assunto non si modifica anche qualora il minore sia affidato ad uno solo dei genitori, i quali risultino separati o divorziati, come dagli stessi dichiarato. L'opinione del minore, nella misura in cui lo consente la sua età e il suo grado di maturità, è sempre presa in considerazione.</i>  <u>In caso di presenza di uno solo dei due genitori, quest'ultimo, sotto la propria responsabilità, dovrà dichiarare l'assenso del genitore assente attraverso modello di autocertificazione (Mod 0199).</u>  <i>In caso di presenza del legale rappresentante non genitore, deve essere <u>allegata</u> la documentazione che attesta i poteri conferiti<sup>1</sup>.</i></p>	<p><b>Nome e cognome dei genitori</b></p> <p><b>Madre</b> Cognome ..... Nome .....</p> <p>Nata a ..... il .....</p> <p>Residente a ..... CAP .....</p> <p>in Via .....</p> <p><b>Padre</b> Cognome ..... Nome .....</p> <p>Nato a ..... il .....</p> <p>Residente a ..... CAP .....</p> <p>in Via .....</p>
	<p><b>Altro Titolare della responsabilità genitoriale</b></p> <p>Cognome ..... Nome .....</p> <p>Nato a ..... il .....</p> <p>Residente a ..... CAP .....</p> <p>in Via .....</p> <p>Documento di identità .....</p>

**DICHIARO/DICHIARIAMO**

di essere stato/a/i informato/a/i, dal dott./dott.ssa ....., in relazione all'atto sanitario proposto, di seguito descritto, che verrà effettuato dal personale preposto a .....,  
 con il supporto del mediatore culturale Sig./Sig.a .....

<sup>1</sup> Allegare copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare (ai sensi della L. 9 gennaio 2004, n°6 e successive modifiche ed integrazioni).

**ATTO SANITARIO:  
RADIOLOGIA TRADIZIONALE**

**MOD\_0165\_RAD\_0011\_02**

Versione definitiva

CONSENSO

Pagina 2 di 4

14/10/2020

SC Radiologia pediatrica

**PARTE B – INFORMATIVA**

**DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE**

**ATTO SANITARIO**

È un'indagine che utilizza i Raggi X (radiazioni ionizzanti) per studiare diverse strutture anatomiche (ossa, articolazioni, polmoni).

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti, se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica; inoltre, le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene posizionato sull'apparecchio radiologico secondo le posizioni e i decubiti previsti per lo studio del distretto in esame. Durante l'esecuzione il paziente è invitato a mantenere l'immobilità ed in alcuni casi a trattenere il respiro

**ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Inquadramento diagnostico; valutazione dell'efficacia delle terapie.

L'esame RX viene utilizzato come prima indagine nel sospetto diagnostico delle patologie dell'apparato respiratorio, osteoarticolare ed in alcune patologie addominali.

**EVENTUALE ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)**

Lo specialista radiologo, sotto la propria piena responsabilità e solo dopo essersi consultato con il suo medico curante, orienterà la Sua scelta nei confronti di un eventuale esame alternativo. Su tale esame Le saranno adeguatamente illustrati rischi e benefici.

**RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO**

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame. Prima della sua esecuzione, di norma, non è prevista alcuna specifica preparazione.

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

**ESITI DEL NON TRATTAMENTO**

Diagnosi assente o incompleta.

**ALTRI PROBLEMI / NOTE**

Il presente consenso è conforme alla normativa nazionale vigente in materia di radioprotezione delle persone contro i pericoli delle radiazioni nelle esposizioni mediche (D.Lgs.101/2020<sup>2</sup>).

In tutti i casi di indagine radiologica è importante che il medico prescrivente e lo specialista radiologo giustificino l'esame prescritto valutando il rapporto rischio/beneficio derivante dall'esame stesso, che deve tendere a favore del massimo beneficio (art.157 e 159), tenendo in debita considerazione condizioni cliniche specifiche, compreso lo stato di gravidanza (art. 166).

*Il Personale è inoltre a Sua disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.*

<sup>2</sup> Attuazione della direttiva 2013/459/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 201 del 12 agosto 2020 - Supplemento Ordinario n. 29/L





**ATTO SANITARIO:  
RADIOLOGIA TRADIZIONALE**

MOD\_0165\_RAD\_0011\_02

Versione definitiva

CONSENSO

Pagina 4 di 4

14/10/2020

SC Radiologia pediatrica

**PARTE C2 – ACQUISIZIONE DEL CONSENSO A FORNIRE INFORMAZIONI SANITARIE A PARENTI/CONOSCENTI**

**RICHIEDO/RICHIEDIAMO** che le mie condizioni cliniche (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e gli esiti dell'indagine siano trasmessi alle seguenti persone:

Cognome, Nome e data di nascita .....

Rapporto con l'assistito/a: .....

Cognome, Nome e data di nascita .....

Rapporto con l'assistito/a: .....

**RICHIEDO/RICHIEDIAMO** che delle mie condizioni cliniche (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e degli esiti dell'indagine NON sia informato nessuno.

.....	.....	.....
<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>

**PARTE D – DIRITTO ALLA REVOCA**

**DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO**

all'atto sanitario proposto  alla fornitura di informazioni a parenti/conoscenti  
 altro (*specificare*) .....

.....	.....	.....
<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>