COGNOME:_____ **NOME:**_____ **DATA DI NASCITA:**_____

ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE (abbreviato in CR)
COS'E': E' un'indagine che utilizza radiazioni ionizzati (raggi X) per produrre immagini diagnostiche.
A COSA SERVE: L'indagine CR è una preziosa indagine diagnostica per lo studio di numerosi distretti (torace, addome, distretto muscolo-scheletrico).
COME SI EFFETTUA: L'esame CR non è doloroso. Il paziente viene aiutato dal Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM) a posizionarsi sull'apparecchio radiologico secondo il protocollo opportuno. Può essere necessario trattenere il respiro e mantenere una completa immobilità.
CONTROIDICAZIONI: L'utilizzo delle radiazioni ionizzanti va evitato in assenza di una indicazione clinica specifica o di gravidanza accertata o presunta.
COMPLICANZE: Non sono note complicanze immediate. Lo studio espone a radiazioni ionizzanti.
PREPRAZIONE e RACCOMANDAZIONI: La presenza di oggetti e/o monili metallici può inficiare il risultato dell'indagine. La coprostasi può limitare alcuni esami (es. RX addome, colonna lombosacrale, bacino).
ULTERIORI INFORMAZIONI: Il Paziente può sempre chiedere chiarimenti al Medico Radiologo o al TSRM.

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletate l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari **AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE**

(data) (firma del Medico Radiologo)

Lei non è obbligata ad eseguire l'indagine, e può interromperla in ogni momento.

Tutte le informazioni raccolte sono tutelate ai sensi del Regolamento EU 2016/679 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA o PRESUNTA

E' in stato di **gravidanza** certa o presunta? □ SI □ NO

(data) (firma del Paziente)

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine

- **Dichiaro** di essere stato adeguatamente informato sull'indagine, sulle alternative diagnostiche disponibili per il quesito clinico, sui rischi e sulle controindicazioni legate all'indagine
- **Esprimo** a tal fine **il mio consenso** all'esecuzione dell'indagine.

□ **ACCONSENTO** □ **NON ACCONSENTO**

(data) (firma del Paziente)

(firma del primo genitore, o tutore legale) (firma del secondo genitore)

Per pazienti <13aa sono necessarie le firme di ENTRAMBI i genitori
Per pazienti 13-16aa sono necessarie la firma del paziente e di un genitore (prevalente)
Per pazienti 16-18aa sono necessarie la firma del paziente (prevalente) e di un genitore

CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR CR