

IRCCS AOU San Martino – IST	CONSENSO INFORMATO AZIENDALE	CONSAZDSE_0017		
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CON ESPOSIZIONE A RADIAZIONI IONIZZANTI IN PAZ SESSO FEMMINILE IN ETA' FERTILE E MINORE	Rev. 2	Data 22/10/2010	Pag . 1 di 2

Noi sottoscritti Sig..... documento
e Sig.a documento
genitori della pz di minore età:
(nome).....(cognome).....
Nata a.....(prov.di.....), il
Residente a in via/P.za(prov.di.....),

Ricoverata presso		ambulatoriale	si	no	DH prot. n°	
Esame richiesto		Medico richiedente				

Siamo stati, dal Dr....., Radiologo esecutore dell'indagine, ampiamente ed esaurientemente informati sui rischi relativi all'esecuzione dell'esame in oggetto in rapporto allo stato di gravidanza.

I rischi legati all'esposizione alle radiazioni ionizzanti in stato di gravidanza comprendono la possibilità d'aborto spontaneo, oppure possono riguardare il concepito: deficit del sistema nervoso centrale, deficit della crescita, teratogenicità, tumori. E' molto importante accertare se una paziente è in possibile stato di gravidanza: nei casi in cui la gravidanza è certa non è consentito l'impiego di procedure che comportino l'irraggiamento dell'embrione o del feto, tranne che nei casi di necessità accertata o d'urgenza; qualora la gravidanza non possa essere esclusa, per le procedure che comportano una dose all'utero significativa, si deve considerare la possibilità di procrastinare l'indagine o il trattamento secondo la sua necessità o urgenza. Le donne con gravidanza accertata o sospetta sono escluse dalla partecipazione a ricerche con radiazioni ionizzanti.

Informati di quanto sopra esposto dichiarano in ogni caso di escludere in modo assoluto una gravidanza in atto della pz, formulando ulteriore consenso, con la firma in calce, all'esecuzione dell'esame radiologico.	SI
Informati di quanto sopra esposto dichiarano che la pz è in stato di gravidanza alla settimana o non è in grado di poter escludere una possibile gravidanza iniziale e informati dei benefici, dei rischi e della prevalente utilità e necessità dell'esecuzione dell'esame radiologico, dal Medico richiedente Dr..... e informati dal medico radiologo che verranno poste in atto tutte le misure protezionistiche atte a ridurre al minimo l'esposizione alle radiazioni ionizzanti, acconsentono comunque all'esecuzione dell'esame radiologico.	SI
Informati di quanto sopra esposto dichiarano che la pz è in stato di gravidanza alla settimana o è in stato di possibile gravidanza iniziale e non acconsentono all'esecuzione dell'esame radiologico.	NO

ATTO DI CONSENSO

Essendo stata informata dei rischi connessi all'esecuzione dell'esame in oggetto, essendo stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione ed avendo avuto il tempo necessario a riflettere.

ACCONSENTO

Ad essere sottoposta a tale procedura radiologica, con la tecnica che il radiologo riterrà più opportuna in relazione al mio caso clinico.

Firma dei genitori	Firma e timbro del medico
---------------------------	----------------------------------

Redatto Dipartimento Tecnologie Radiologiche	Controllato Unità di Gestione del Rischio	Approvato Direzione Sanitaria Aziendale
---	--	--

IRCCS AOU San Martino – IST	CONSENSO INFORMATO AZIENDALE	CONSAZDSE_0017		
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CON ESPOSIZIONE A RADIAZIONI IONIZZANTI IN PAZ SESSO FEMMINILE IN ETA' FERTILE E MINORE	Rev. 2	Data 22/10/2010	Pag . 2 di 2

Data

Redatto Dipartimento Tecnologie Radiologiche	Controllato Unità di Gestione del Rischio	Approvato Direzione Sanitaria Aziendale
---	--	--