

<b>IRCCS AOU San Martino – IST</b>	CONSENSO INFORMATO AZIENDALE	<b>CONSAZDSE_0001</b>		
	<b>Esecuzione di esame radiografico in Pz di sesso femminile in eta fertile</b>	Rev. 4	Data 26/10/2010	Pag. 1 di 1

Generalità pz, data esecuzione e tipo esame (se possibile posizionare etichetta adesiva)

Sig.a.....

Nata a.....il .....

Oppure C.F.....

esegue oggi:.....

Il seguente esame:.....

**L'esame deve essere eseguito con esposizione a radiazioni ionizzanti**

La pz è stata, dal Dr.....ampiamente ed esaurientemente informata sui rischi relativi all'esecuzione dell'esame in oggetto in rapporto all'uso di radiazioni ionizzanti

*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.*

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

**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.

<b>Firma della paziente</b>	<b>Firma e timbro del medico</b>
-----------------------------	----------------------------------

**Data**

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