GRUPPO RomanoMedica POLIAMBULATORI
ROMANO MEDICA S.r.l. Unipersonale
Sede legale: Via Dante Alighieri, 5/4 | 36060 Romano d'Ezzelino VI
Cap. Soc. € 10.000 | Cod. Fisc. e P. IVA 02819040243
Sede operativa: Via Foresto Nuovo, 34/A | 31011 **Casella d'Asolo** TV
Dir. San. ***Dott. Onofrio CITTON*** *- Dir. Lab. Analisi* ***Dott. Dario CESCO***

Centro Unico Prenotazione 042433477

From Cure to Care
PRENOTA ONLINE
www.romanomedica.it
info@romanomedica.it

INFORMATIVA E CONSENSO ALL'ESECUZIONE INDAGINE DI ORTOPANTOMOGRAFIA (OPT)

Nome	**Cognome**
Data di nascita	**Cod. Fisc.**

COS'È
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.

COME SI EFFETTUA
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 .

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE
Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI
Prima dell'esame di solito non occorre alcuna preparazione. È opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame.

CONSENSO

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

☐ **ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame di ORTOPANTOMOGRAFIA (OPT)**

<u>Per le donne in età fertile:</u>

La sottoscritta dichiara di: ☐ NON essere in stato di gravidanza accertata o presunta.

Data	Firma del Paziente			
Nel caso di minore/interdetto/inabilitato/etc., barrare la casella di chi firma in vece.	☐ Padre	☐ Madre	☐ Tutore/Curatore	☐ Amm. sostegno

Confermo di aver fornito, mediante un colloquio, informazioni dettagliate sull'accertamento e ritengo che siano state comprese dall'interessato/a.

Nome e Cognome del Medico Radiologo	*Firma del Medico Radiologo*