GRUPPO RomanoMedica POLIAMBULATORI
**ROMANO MEDICA S.r.l. Unipersonale**
Via Dante Alighieri, 5/4 | 36060 **Romano d'Ezzelino** VI
*Cap. Soc. € 10.000* | Cod. Fisc. e P. IVA 02819040243
*Direttore Sanitario e Direttore Laboratorio Analisi* ***Dott. Dario CESCO***

Centro Unico Prenotazione 042433477

**Laboratorio Analisi**
**Certificato ISO 9001**

*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* |