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 Prima Mattina, 14 | 35013 **Cittadella** PD
*Dir. San. **Dott.ssa Stefania ALESSI** - 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 DI INDAGINE TAC CONE-BEAM 3D VOLUMETRICA

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

La TC Cone Beam 3D Volumetrica è una particolare apparecchiatura Tomografica Computerizzata caratterizzata dall'acquisizione di un'immagine tridimensionale del volume da indagare con un'unica rotazione del complesso sorgente radiogena-rivelatore e pertanto la dose che le sarà somministrata sarà inferiore rispetto alle tac multistrato e sarà compresa tra 3-10 mGy.

CONSENSO

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

☐ **ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame TAC Cone-Beam 3D Volumetrica**

<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*