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 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC MULTISTRATO)

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

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA
La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche.
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 per il possibile rischio di danni al feto.
È un'indagine di approfondimento diagnostico che sulla base di una indicazione clinica consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

COME SI EFFETTUA
Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione.
I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato.
Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente o eseguendo delle apnee respiratorie su indicazione del tecnico di radiologia a seconda del tipo d'esame che viene eseguito.

CONSENSO

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA

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

☐ **ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame di TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA SENZA MDC**
☐ **ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame di TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA CON MDC**

<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*