

1. ANAGRAFICA DEL PAZIENTE

Il/La sottoscritto/a: Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ Il: ____ / ____ / _____ Codice Fiscale: _____

In caso di minore/tutelato) Rappresentato da (Genitore/Tutore): _____

Rx Esame da effettuare: _____

2. NOTA INFORMATIVA SULL'ESAME

L'esame radiologico richiesto prevede l'esposizione a radiazioni ionizzanti (Raggi X). L'esposizione a tali radiazioni comporta rischi potenziali biologici, pertanto l'esame viene eseguito esclusivamente dietro indicazione o prescrizione del medico curante e/o specialista, che ne ha valutato l'effettiva necessità e il bilancio beneficio-rischio

3. QUESTIONARIO ANAMNESTICO DI SICUREZZA (Obbligatorio)

Domanda Anamnestica / Dichiarazione	Risposta
Esclude la possibilità di una gravidanza in atto? (Una eventuale gravidanza comporta controindicazione all'esposizione a radiazioni ionizzanti RX).	[] SÌ [] NO
Dichiara di essere stato/a adeguatamente informato/a circa il tipo degli accertamenti, i potenziali rischi derivanti dai Raggi X e/o gli eventuali rischi legati alla somministrazione di mezzo di contrasto se richiesto dall'esame?	[] SÌ [] NO

4. DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria esclusiva responsabilità di aver compreso ed accettato le condizioni qui esposte, di aver risposto fedelmente al questionario e di essere consapevole dei rischi e benefici legati all'accertamento.

Apponendo la firma esprime la propria volontà finale:

[] **ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame dell'esame.

[] **NON ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame.

Data: ____ / ____ / _____

Firma del Paziente: _____ Firma del TSRM: _____