ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO (per Tac con mezzo di contrasto)

Io sottoscritto/a _____ dichiaro: di aver ricevuto dal Dr._____ un'informazione comprensibile ed esauriente della natura dell'atto sanitario a cui sarò sottoposto/a, dello scopo e durata dello stesso, delle controindicazioni e possibili complicanze correlate all'effettuazione di questo atto sanitario, attraverso: l'informativa fornita, il colloquio con il medico sui rischi e benefici; di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima del trattamento;

□ di **ACCETTARE** /□ **NON ACCETTARE** (barrare la casella prescelta) liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Data_____ Firma del Paziente……

(o genitore in caso di minore o legale rappresentante in caso di incapace) (*)

in tal caso allegare copia del provvedimento di nomina del tutore o dell'amministratore di sostegno dal quale deriva il potere per il soggetto di prestare il consenso in nome e per conto dell'incapace

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

L'esposizione a radiazioni ionizzanti in stato di gravidanza sono dannose all'embrione e al feto

□ **SI** □ **NO**

Data ..... Firma del paziente.....

SPAZIO RISERVATO ALLA RADIOLOGIA

MDC _____ QUANTITA' _____

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

_____

Io sottoscritto/a_____ in data_____

dichiaro di voler REVOCARE il consenso

Firma/e _____

Data _____Timbro e Firma Medico _____

IL CONSENSO È AVVENUTO CON L'INTERVENTO DI UN MEDIATORE/INTERPRETE DI LINGUA……..

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME Tac

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE

_____ _____

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data

SC Radiologia ospedaliero-territoriale
Ospedale Nostra Signora della Mercede di Lanusei
via Dottor Giuseppe Pilia 1 - Piano terra
tel. 0782 490283