

CONSENSO ESAMI RADIOLOGICI

<p>COGNOME.....</p> <p>NOME.....</p> <p>Data di nascita...../...../.....</p>	<p>Dati identificativi dei genitori (in caso di minori di età) o del legale rappresentante:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

Le è stato prescritto un esame radiologico per ottenere informazioni utili per la sua salute. L'esame proposto si effettua con l'impiego di Raggi X, potenzialmente dannosi anche a basse dosi. Gli operatori sono a sua disposizione per qualsiasi chiarimento in merito.

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO
DICHIARO/DICHIARIAMO

di essere stato/a informato/a in maniera chiara, completa e comprensibile in merito all'esame radiologico da eseguire, al rapporto rischio/beneficio dell'utilizzo del MdC e sulle indicazioni ed eventuali conseguenze che da essi possono derivare (se del caso) con il supporto del mediatore culturale
Sig _____

DICHIARO/DICHIARIAMO

Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima del trattamento/atto sanitario proposto e di :

ACCETTARE

NON ACCETTARE

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza il mio consenso all'atto sanitario proposto

PER LE DONNE IN ETA' FERTILE

La procedura descritta nel presente modulo comporta l'impiego di Raggi X, sconsigliato nel caso di donne con gravidanza in corso, in quanto potrebbe provocare danni al nascituro. Questo comporta che, con la firma del presente modulo Lei dichiara di non essere in gravidanza

DICHIARO

di essere in stato di gravidanza

di **NON** essere in stato di gravidanza

CONFERMO di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, pertanto acconsento a sottopormi a questo esame.

Data ____ / ____ / ____ Firma dell'assistito/a e/o del/i legale rappresentante/i _____

DIRITTO DI REVOCA
DICHIARO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO

Data ____ / ____ / ____ Firma dell'assistito/a e/o del/i legale rappresentante/i _____