OLOMED

CONSENSO INFORMATO PER PRATICHE COMPORTANTI L'UTILIZZO DI RADIAZIONI IONIZZANTI E DICHIARAZIONE SULLO STATO DI GRAVIDANZA

Dati identificativi del paziente:

Cognome e Nome .....

Data di nascita .....

Residenza .....

Dati identificativi dei genitori
(in caso di minori di età)
o del legale rappresentante:

.....

.....

.....

INDAGINI E PRESTAZIONI CHE COMPORTANO L'UTILIZZO DI RADIAZIONI IONIZZANTI

Gentile Signora, Egregio Signore,
il medico che La segue ha ritenuto opportuno suggerirLe di sottoporsi ad un esame radiologico indispensabile e non sostituibile per ottenere informazioni utili per la Sua salute. L'esame proposto si effettua con l'impiego di Raggi X, potenzialmente dannosi. Sarà nostra cura somministrare la dose di radiazioni minima, sufficiente per una indagine corretta.
Gli operatori sono a Sua disposizione per qualsiasi chiarimento in merito Lei chieda di ottenere prima di sottoporsi all'indagine.

Data ..... Firma per consenso .....

Firma/e dei genitori o del tutore (solo per paziente con età inferiore ai 14 anni)

....

Gentile Signora,
se può escludere con certezza di essere in stato di gravidanza, Le chiediamo di barrare la casella "NO" e di apporre la sua firma leggibile in calce alla dichiarazione. Negli altri casi, prima di sottoporsi ad accertamenti sanitari, si rivolga al personale comunicando la possibilità di una eventuale gravidanza.

Grazie per la cortese collaborazione.

STATO DI GRAVIDANZA? ☐ **SI** ☐ **NO**

Data .....

Firma (solo per paziente con età superiore ai 14 anni) .....

Firma/e dei genitori o del tutore (solo per paziente con età inferiore ai 14 anni)

....