POINT
Gli specialisti
di un grande Istituto
vicino a casa tua

la CASCINA SANITÀ

Medical Center ROMA

DENSITOMETRIA OSSEA (MOC)

Il tuo centro medico di famiglia vicino a te

Viale Cortina d'Ampezzo 246, - 00135 Roma | Tel. 06 40 41 40 03

Roma Medical Center Srl
Viale Cortina d'Ampezzo, 246 – 00135 Roma | Tel. 06 40 41 40 03

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ESPOSIZIONE MOC

D.L.230/95 Data……..

DATI IDENTIFICATIVI

Il/La sottoscritto/a

NOME…….

COGNOME……

Nato/a a …….. il ……/……/……..

Dovendosi sottoporre a _____

Dati dei genitori (in caso di minori di età)
……..……..……
……..……..……
……..……..……

NB: in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione.

Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale)
_____
_____

N.B. va allegata alla documentazione che indica i poteri del legale rappresentante.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE

Il/La sottoscritto/a

NOME…….

COGNOME……

DICHIARA

- Di essere stato/a dettagliatamente ed esaurientemente informato/a, in maniera chiara e comprensibile, delle problematiche diagnostiche che motivano la esecuzione della procedura, della sua natura, dei vantaggi previsti per la sua salute ed anche degli eventuali rischi connessi all'uso delle radiazioni ionizzanti, nonché delle precauzioni prese per prevenirli.
- Di essere stato/a esaurientemente informato/a del fatto che l'esposizione alle radiazioni ionizzanti può determinare, nel caso di donne in stato di gravidanza, danni irreversibili al feto, potendo compromettere funzioni importanti e la stessa sopravvivenza del nascituro. A tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità di non essere in stato di gravidanza ed autorizza il personale di Servizio di Radiologia ad eseguire procedure diagnostiche previste liberandolo/a da ogni responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di gravidanza misconosciuta.
- Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento.

È opportuno ricordare che

1. Le dosi di radiazioni erogate delle attuali apparecchiature radiologiche non sono mai tali da indurre lesioni immediate ad organi o tessuti (cosiddetti "effetti deterministici") e la probabilità di effetti tardivi, soprattutto carcinogenetici (cosiddetti "effetti stocastici") è estremamente bassa.
2. È vietata l'esposizione non giustificata (D.L. 187, Maggio 2000, art. 3).
3. L'indicazione clinica all'esecuzione di un esame radiologico deve essere attentamente valutata non solo dal medico curante che propone l'indagine, ma anche dallo stesso radiologo il cui compito, secondo il D.L. 230/95 art. 111, è quello di scegliere la tecnica di indagine adatta a garantire il miglior risultato in termini di diagnostici e il minor rischio per il paziente.
4. Nel D.L. 187/2000 art. 10, comma 4, si afferma che nelle donne in gravidanza non è consentito alcun impiego a scopo diagnostico di radiazioni ionizzanti, salvo situazioni di urgenza, oppure in casi di necessità accertata da parte del medico curante. In ogni caso l'indagine deve essere eseguita soltanto dopo aver ottenuto il ***consenso informato scritto dalla paziente***. Se esiste incertezza sullo stato di gravidanza e non è possibile rinviare l'indagine questa va effettuata riducendo al minimo il tempo e le dosi di esposizione.

Di (barrare la scelta). ☐ **ACCETTARE** ☐ **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

• Stato accertato (o presunto) di gravidanza ☐ Sì ☐ No

Firma del paziente/tutore……..

NOME E FIRMA DEL MEDICO……

Medical Center ROMA

FORMULA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

acquisite tutte le informazioni di cui all'art. 13 del D.L.gs. 196/03 sulla tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, **prendo atto della natura obbligatoria del conferimento dei dati** (con riferimento a tutte le informazioni fornite nel passato e che saranno fornite in futuro in relazione all'erogazione del servizio di assistenza sanitaria) ed acconsento al trattamento dei dati personali comuni e sensibili.

Roma, lì ……/……/……

QUESTIONARIO PER LA DENSITOMETRIA OSSEA:

COGNOME: ……

NOME: ……

Data di nascita: ……

Età: ……

Sesso: M ☐ F ☐

Etnia: ……

Età della menopausa: ……

Peso attuale: ……

Altezza attuale: ……

Precedente frattura all'anca o vertebrale:	☐ Sì	☐ No	
Trattamento per osteoporosi:	☐ Sì	☐ No	
Donna in pre-menopausa:	☐ Sì	☐ No	
Frattura pregressa:	☐ Sì	☐ No	se sì dove……
Frattura parentale all'anca:	☐ Sì	☐ No	
Attuale fumatore:	☐ Sì	☐ No	
Assume cortisone:	☐ Sì	☐ No	
Artrite reumatoide:	☐ Sì	☐ No	
Osteoporosi secondaria:	☐ Sì	☐ No	
3 o più volte alcool al giorno:	☐ Sì	☐ No	

FIRMA del paziente/tutore