



## **CONSENSO INFORMATIVO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO RX**

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE	
TIPOLOGIA DI ESAME	

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "**Regolamento o GDPR**", **Ecorad S.r.l. (il "Titolare")**, raccoglie Dati Personali dell'Interessato per finalità di cura, amministrative, di comunicazione e di adempimento agli obblighi di legge. I dati raccolti verranno conservati per il tempo minimo necessario al completamento della finalità per cui vengono raccolti.

I dati raccolti sono trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza e con l'adozione di idonei livelli di sicurezza, non sono diffusi o trasferiti a terzi se non per il raggiungimento della finalità per cui vengono raccolti.

Tramite richiesta al Titolare l'Interessato può esercitare i propri diritti di accesso, portabilità, rettifica, cancellazione, limitazione, revoca del consenso prestato, opposizione.

L'Interessato può proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali (in Italia, [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)), o all'Autorità Garante dello Stato dell'UE in cui risiede abitualmente o lavora, oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

L'informativa Privacy completa è disponibile sul sito [www.ecoradsrl.org](http://www.ecoradsrl.org)

### **CHE COS'E'**

E' un'indagine che utilizza radiazioni ionizzanti (raggi x) per studiare diverse strutture anatomiche (ossa, articolazioni, polmone). Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanza in corso.

### **A COSA SERVE**

L'esame RX viene utilizzato come prima indagine nel sospetto diagnostico delle patologie dell'apparato respiratorio, osteoarticolare ed in alcune patologie addominali.

### **COME SI EFFETTUA**

L'esame non è doloroso nè fastidioso. Il paziente viene posizionato sull'apparecchio radiologico secondo le posizioni e i decubiti previsti per lo studio del distretto in esame. Durante l'esecuzione il paziente è invitato a mantenere l'immobilità ed in alcuni casi a trattenere il respiro.

### **COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE**

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame.

### **PREPARAZIONE NECESSARIA-RACCOMANDAZIONI**

Prima dell'esame di solito non occorre nessuna preparazione. E' opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame. Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.



**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME  
RADIOLOGICO CONVENZIONALE**

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.01.2022)

<b>Io sottoscritto/a</b> (Nome e Cognome)					
<b>Nato/a a</b>		<b>Il</b> (gg/mm/aaaa)			
<b>Documento d'identità</b> (Specificare tipo di documento)		<b>n.</b>		<b>del</b>	
<b>E-MAIL per invio referto</b>					
<b>In qualità di:</b>		<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Rappresentante legale/Genitore/Tutore del/la sig./ra: _____			

**DICHIARO**

- di essere stata/o esaurientemente informata/o sulla procedura alla quale sarò sottoposta/o e da me richiesta; eventuali alternative, benefici attesi e possibili rischi ed effetti collaterali.
- di essere stata/o informata/o che la procedura proposta è quella che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali.
- di essere stata/o adeguatamente informata/o dal Medico sulle possibili controindicazioni e sono, pertanto, consapevole della necessità di dichiarare eventuali patologie, condizioni o terapie farmacologiche che mi riguardano. Non fornendo informazioni veritiere riguardo la mia storia clinica vada incontro a possibili complicanze e/o effetti collaterali.
- di essere stata/o adeguatamente informata/o sulle misure di sicurezza da seguire prima, durante e dopo il trattamento.
- di essere stata/o informata/o sugli obiettivi della procedura.
- di aver rispettato le indicazioni relative l'esame.
- di essere stata/o informata/o della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.
- che tutte le nozioni mi sono state esaurientemente illustrate dal Medico e da me completamente comprese, e che ho anche ricevuto e letto una dettagliata informazione in merito a tale procedura e avuto risposte chiare ed esaurienti a tutte le mie domande.

**Dichiarazione di gravidanza**  SI  NO

**PERTANTO**

<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>
--	--

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE**

Informato/a dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome e Cognome Paziente	Nome e Cognome Medico Radiologo
Firma Paziente	Firma Medico Radiologo



**GIUSTIFICAZIONE A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA RADIOLOGO**

Ai sensi e per gli effetti dell'Art.3 (principio di giustificazione) del D.Lgs. 187 del 26 maggio 2000, il Medico Specialista Radiologo, valutato il caso specifico, ritiene:

- Giustificato** l'esame mammografico richiesto dal Medico curante
- Non giustificato** l'esame mammografico richiesto dal Medico curante, pertanto rifiuta temporaneamente

l'esecuzione dell'esame e suggerisce in alternativa: .....

Firma del Medico Specialista Radiologo .....

Firma del TSRM per presa visione .....