



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), 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

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 ESAME RADIOLOGICO RX

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE

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

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a		Il (gg/mm/aaaa)			
Documento d'identità (Specificare tipo di documento)		n.		del	
E-MAIL per invio referto					
In qualità di:		☐ Diretto interessato ☐ 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

☐ ACCONSENTO	☐ NON ACCONSENTO
--	--

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

(*) Per Pazienti minori associare consenso minore

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 radiologico richiesto dal Medico curante

☐ **Non giustificato** l'esame radiologico 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