

**TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)**

SC Radiologia -Diagnostica per Immagini

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)**1. Descrizione della procedura**

La TC è una tecnica diagnostica che utilizza dosi di radiazioni ionizzanti relativamente elevate ma fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio di tutte le strutture anatomiche.

2. Finalità della procedura

È l'indagine di approfondimento diagnostico che, sulla base dell'indicazione clinica, consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

3. Modalità di esecuzione

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini. Esiste la possibilità di fare ricostruzioni anatomiche multiplanari. In relazione al tipo di patologia da studiare il medico può ritenere necessaria la somministrazione di mezzo di contrasto (mdc). Se l'indagine può prevederne l'utilizzo, è necessario leggere l'informativa e firmare l'apposito modulo (NI n. 105).

4. Prescrizioni/Preparazione necessaria/Raccomandazioni

Si raccomanda di portare sempre gli esami precedentemente eseguiti.

5. Rischi e complicanze/ Esiti temporanei o permanenti

L'esposizione a raggi X comporta un aumento del rischio di sviluppare tumori. Il rischio è generalmente minimo, giustificato dal favorevole rapporto rischio/beneficio. In caso di procedure ripetute deve essere considerato l'effetto cumulativo dell'esposizioni ai raggi X. In considerazione dei possibili effetti nocivi che le radiazioni ionizzanti possono avere su embrione e feto, la procedura è sconsigliata in caso di gravidanza (in caso di necessità si procederà alla valutazione di ogni singolo caso). Per questo motivo, **in caso Lei sia una donna in età fertile**, Le verrà richiesto di attestare di non essere in stato di gravidanza, accertata o presunta o di non poter escludere lo stato di gravidanza prima dell'esecuzione della procedura.

Ulteriori informazioni sono riportate nei cartelli informativi affissi nelle sale di attesa o su richiesta.

Rispetto alle informazioni di cui sopra, sono presenti condizioni che possono modificare il decorso e l'esito della procedura:

NO SI _____

6. Alternative

Esistono esami complementari non sostitutivi alla TC.

7. Conseguenze in caso di rifiuto

Mancata diagnosi di patologia.

Data _____

Firma del Paziente (o del rappresentante legale) per presa visione

CONTATTI UTILI: - **SC Radiologia P.O. Rho**: tel. 02/99430.3979; mail: segradr@asst-rhodense.it

- **SC Radiologia P.O. Garbagnate**: tel. 02/99430.2219; mail: segreteriaadga.hsp@asst-rhodense.it



U.O. _____ Presidio _____

Data...../...../.....

Paziente _____
COGNOME NOME

Data di nascita: __/__/____

<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Tutore legale (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Genitori	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	

informato/i attraverso colloqui diretti con il Dr. _____,

relativamente a **TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)**

conseguente a _____ e in particolare dichiara/no:
(DEFINIRE LA PATOLOGIA O IL SOSPETTO DIAGNOSTICO)

- di avere letto e compreso le informazioni contenute nella **NOTA INFORMATIVA** allegata che è stata consegnata e spiegata chiaramente;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento;
- di essere stati messi al corrente:
 1. delle modalità di effettuazione del trattamento, delle diverse modalità/tecniche possibili e relativi vantaggi e rischi;
 2. dei risultati conseguibili in termini di probabilità di successo, di benefici e limitazioni per la vita futura;
 3. di condizioni morbose concomitanti che possono costituire fattore di rischio;
 4. delle conseguenze temporanee e permanenti prevedibili;
 5. di eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare e sociale e sulle attività occupazionali;
 6. di possibili problemi di recupero dopo l'intervento;
 7. di eventuali rischi e complicanze e della probabilità che avvengano e di come possano essere risolti;
 8. dell'eventuale possibilità di scelta fra cure diverse o diverse tecniche operatorie e i relativi vantaggi e rischi;
 9. delle eventuali patologie che con maggior probabilità potranno essere scoperte nel corso dell'intervento al fine di acquisire il Consenso Informato per il trattamento di esse;
 10. delle possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario.

Dichiara/no pertanto di **ACCETTARE, E DI NON AVERE ULTERIORI DOMANDE DA PORRE,** **NON ACCETTARE**

di sottoporsi/sottoporre il proprio figlio/a beneficiato/a rappresentato/a sopraindicato all'intervento proposto.

Si impegna/no infine a eseguire i controlli necessari che verranno proposti e attenersi alle indicazioni che verranno fornite.

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE
GENITORI/TUTORE/RAPPRESENTANTE LEGALE

FIRMA DELL'INTERPRETE SCELTO
(LEGGIBILE)

Eventuale **revoca** : data __/__/____

Firma del paziente _____

Firma Medico _____