

**INFORMATIVA****1. CHE COSA È**

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. A COSA SERVE

È un'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. COME SI EFFETTUA

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.

4. RISCHIO PER L'ESPOSIZIONE A RAGGI X

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.

CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia Presidio San Carlo Borromeo: tel. 02/4022.2039/2465; mail: info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it
- SC Radiologia Presidio San Paolo: tel. 02/8184.4652; mail: info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it

Io sottoscritto (*nome e cognome*) **dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all'atto sanitario consigliatomi.**

Data.....

Firma.....

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)****AST_RAD_505_Ed03**Approvazione: Direttore
Dipartimento Area dei Servizi
Diagnostici – Direttore Dipartimento
Area Neuroscienze

Data di Emissione: 19.05.2023

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome

Nome

Data di nascita

Lingua parlata: Italiano: Sì NO Altro:

Peso (kg):

INDAGINE RICHIESTA:

Spazio etichetta

CONSENSO INFORMATO

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato dichiaro di:

 Accettare **Rifiutare l'indagine proposta****Firma del paziente:** **Data:** ____/____/____**Se minore:**

Padre - Nome Cognome: Data di nascita: Firma:

Madre - Nome Cognome: Data di nascita: Firma:

Tutore/Amministratore di sostegno:.....
(nome, cognome e firma)**Eventuale Interprete/Testimone:**.....
(nome, cognome e firma)**Firma e timbro (o matricola) del Medico:**

Il paziente che ha espresso il proprio consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento.

NOTA: ** In caso di revoca successiva del consenso

Data:

Firma dell'interessato (Nel caso di minore, firme dei genitori):

Firma, timbro o matricola del medico:

U.O:

Osservazioni: