

OSP. Koelliker. UO Diagnostica per Immagini

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
Per esame odontoiatrico 3D con tecnologia "Cone Beam CT"

(D.Lgs. nr. 230/95 con D.Lgs 187/00 e successive modifiche e integrazioni e Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche "Cone Beam" (10A06042) (G.U. Serie Generale nr. 124 del 29 Maggio 2012)

IL/La sottoscritto/a

nato/a _____ il _____

DICHIARA

1. di essere stato/a informato/a che la TC volumetrica "Cone Beam" è un particolare impianto a raggi X Tomografico Computerizzato per radiologia odontoiatrica, che permette di acquisire un'immagine tridimensionale del distretto anatomico del cavo orale a seguito della rotazione del complesso sorgente radiogena-rivelatore;
2. di essere stato/a dettagliatamente ed esaurientemente informato/a, in maniera chiara e comprensibile, dei dubbi diagnostici che motivano l'esecuzione della procedura, della sua natura, dei vantaggi previsti per la sua salute e anche degli eventuali rischi connessi all'uso delle radiazioni ionizzanti nonché delle precauzioni prese per prevenirli;
3. di essere stato/a informato/a che la dose di radiazioni che verrà erogata durante l'esecuzione dell'esame CT CON BEAM con l'apparecchio CT CONE BEAM con l'apparecchio INSTRUMENTARIUM ORTOPANTOMOGRAPH OP 300 può variare fra i 200 e i 760 mGy*cm² circa, a seconda del volume irradiato e della tecnica scelta dal Medico per l'esecuzione dell'esame e che da tale valore si ricava una dose efficace massima pari a circa 0,075 mSv (calcolata con simulazioni montecarlo per radiologia diagnostica convenzionale PCXMC STUK Radiation and Nuclear Safety Authority – FINLAND);
4. di essere stato/a informato/a che l'incidenza statistica percentuale di carcinoma associata all'assorbimento di tali valori di dose risulta pari a circa 0,00031% e che a titolo indicativo, se una radiografia panoramiche determina un assorbimento di dose pari a quello assorbito in 1-5 giorni per effetto delle radiazioni dovute al fondo naturale, la dose dovuta ad un Cone BEam CT è equivalente a quella assorbita in qualche settimana per effetto delle stesse radiazioni del fondo naturale;
5. di essere stato/a informato/a che le dosi di radiazioni erogate dalle attuali apparecchiature radiologiche non sono tali da indurre lesioni ad organi o tessuti;
6. di essere stata esaurientemente informata del fatto che l'esposizione alle radiazioni ionizzanti può determinare, nel caso di donne in stato di gravidanza, danni irreversibili alle cellule embrionali (primi 3 mesi di gravidanza) e a quelle fetali (dal 3° al 9° mese), potendo compromettere funzioni importanti e la stessa



OSP. Koelliker. UO Diagnostica per Immagini

sopravvivenza del nascituro e che sotto la mia responsabilità ho informato il medico/odontoiatra di non essere in stato di gravidanza;

pertanto

autorizzo la struttura a eseguire la procedura diagnostica.

Data..... Firma del paziente

Genitore 1

Genitore 2

tutore

N.B. In caso di minori occorre la firma di entrambi i genitori.

Preso atto e verificato direttamente dal paziente di quanto riportato e sottoscritto

DATA..... Timbro e firma del Medico Radiologo e/o Odontoiatra

Dr

REVOCA DEL CONSENSO

Il Sottoscritto.....

in data dichiara di revocare il consenso, avendo ricevuto dai sanitari informazioni sulle conseguenze di tale decisione e sulle possibili alternative.

Data..... Firma del paziente

Genitore 1

Genitore 2

tutore

DATA..... Timbro e firma del Medico Radiologo e/o Odontoiatra

Dr