



Studio Radiologia

**Maurizio  
Picciau**

**NOME E COGNOME:** \_\_\_\_\_

**DATA E LUOGO DI NASCITA:** \_\_\_\_\_ **PESO** \_\_\_\_ **(KG)**

**ESAME TC:** \_\_\_\_\_

**QUESITO CLINICO:** \_\_\_\_\_

## **MODULO INFORMATIVO ESAME DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA:**

### **CHE COS'È**

La Tomografia Volumetrica a Fascio Conico (CBVT) è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche craniali esaminate.

Le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per i possibili rischi di danni al feto.

### **A COSA SERVE**

È un'indagine di approfondimento diagnostico: in base all'indicazione clinica consente di studiare problematiche malformative, implantologiche, traumatologiche, oncologiche, infiammatorie del distretto craniale e in particolare mandibolo-mascellare e del massiccio facciale.

### **COME SI EFFETTUA**

Il paziente viene posizionato come per una ortopantomica in piedi di fronte all'apparecchio generatore di raggi x. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Si ottengono automaticamente le ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio.

### **COSA PUÒ SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE**

Nessuna complicanza.

### **PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI**

Non è necessaria nessuna preparazione e nessuna particolare raccomandazione a parte la rimozione di protesi dentarie e oggetti metallici in prossimità del distretto craniale da esaminare.

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO  
ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA SENZA E CON  
MEZZO DI CONTRASTO**

**DICHIARANTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore  
\_\_\_\_\_

(2) in qualità di tutore del paziente \_\_\_\_\_

**Informato/a** dal Dott. \_\_\_\_\_ -  
sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Tomografia Volumetrica a Fascio Conico.

**Reso/a consapevole:**

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- 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;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Preso visione** delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

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

**ACCETTO L'INDAGINE PROPOSTA**

**RIFIUTO L'INDAGINE PROPOSTA**

Medico radiologo                    ■ \_\_\_\_\_

Eventuale interprete            \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_                    **Firma del paziente** ▶ \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

**SI**

**NO**

**Data** \_\_\_\_\_                    **Firma del paziente** ▶ \_\_\_\_\_

**POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal Regolamento UE n° 2016/679 (GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) concernente il trattamento dei dati personali e della privacy.

**La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.**

**Data** \_\_\_\_\_                    **Firma del paziente** ▶ \_\_\_\_\_