



CONSENSO INFORMATO PER ESAMI DIAGNOSTICI CON IMPIEGO DI RADIAZIONI IONIZZANTI IN GRAVIDANZA

Cognome e Nome della Paziente _____ Data _____

Questo consenso serve ad informarvi che l'indagine radiologica alla quale verrete sottoposta può comportare un possibile rischio per il feto poiché utilizza radiazioni ionizzanti, quali i raggi X.

Firmando questo modulo di consenso voi affermate di aver capito tutte le informazioni che vi sono scritte, di aver domandato quanto desideravate sapere e di aver compreso i rischi associati all'indagine.

Dosi di radiazioni superiori a 50 mSv (5 rem) sono associate ad effetti dannosi sul feto, ma vi sono dati insufficienti per quantificare gli effetti negativi di dosi inferiori a tale livello.

La dose di raggi alla quale viene sottoposto un feto che non sia esposto direttamente alle radiazioni è inferiore di 5 mSv. Gli esami nei quali il feto riceve una dose superiore ai 10 mSv includono la TAC dell'addome e della pelvi e le procedure interventistiche che necessitano di lunghe radioscopie.

Con bassi livelli di esposizione fetale, la linea di condotta è quella di procedere immediatamente all'esame. Con alti livelli di radiazione (più di 10 mSv ma meno di 50 mSv), la linea di condotta richiede il coinvolgimento del radiologo, del medico prescrittore e della paziente.

Se la procedura viene ritenuta appropriata, viene chiesto alla paziente di firmare il presente modulo di consenso informato.

Nei rari casi nei quali la procedura richiede di somministrare più di 50 mSv, un fisico radiologo dovrà formalmente calcolare la dose di esposizione.

La dose di esposizione per l'indagine prescritta (_____) viene stimata in circa: _____ mSv; la dose realmente assorbita dalla paziente, come riportato dall'apparecchiatura utilizzata, è stata di _____ mSv.

Io, _____, dichiaro di conoscere ed accettare i rischi descritti in questo modulo di consenso informato.

Data _____

Firma della persona che dà il consenso

Il Medico Radiologo