

	FOGLIO INFORMATIVO DIPARTIMENTALE ESAME TC (TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA)	Rev. 0	Pag. 1 di 2
		DDR-FI-003	

Gent.le Sig/Sig.ra, Le forniamo di seguito alcune informazioni inerenti l'esame TC al quale sarà sottoposto/a. Nel caso le informazioni contenute in questo foglio informativo Le suscitino altre domande, non esiti a sottoporle al medico di riferimento.

COS'E' LA TC

La **Tomografia Computerizzata** o **TC**, è un esame diagnostico che utilizza i raggi X e che, mediante un sistema di elaborazione computerizzata, consente di ottenere immagini di dettaglio dei vari settori corporei.

INDICAZIONI (QUANDO SI ESEGUE)

L'indagine TC trova indicazione nello studio della maggior parte dei distretti corporei quando siano necessari approfondimenti diagnostici su quesiti clinici o strumentali mirati.

Nel caso di minori tra 0 e 14 anni, è necessario che almeno 1 dei genitori/tutore esprima il proprio consenso all'esecuzione dell'esame mediante apposizione di firma su apposito Modulo Aziendale di Consenso Informato.

Le donne in età fertile (12-50 anni) devono dichiarare di non essere in stato di gravidanza firmando apposita modulistica in Radiologia, prima dell'esecuzione dell'esame. Infatti in gravidanza l'esame non può essere eseguito, tranne in condizioni particolari di necessità e urgenza, e dopo aver acquisito il consenso informato della paziente. Pertanto le donne in stato di gravidanza certa o non escludibile con certezza devono avvertire tempestivamente il personale tecnico e/o medico per ulteriori informazioni.

PREPARAZIONE ALL'ESAME

Per gli esami TC senza mezzo di contrasto non è richiesta alcuna preparazione. Assuma regolarmente la Sua eventuale terapia. Per alcuni quesiti clinici Le verrà chiesto di bere acqua prima dell'esame, in modo da visualizzare le anse intestinali. Nei casi in cui sia richiesta la somministrazione di mezzo di contrasto (MdC) per via endovenosa (e.v.) dovrà leggere attentamente il Foglio Informativo specifico che Le verrà fornito (DDR-FI-004).

L' ESAME

L'apparecchiatura TC è costituita da un lettino, su cui Lei si dovrà sdraiare, che scorre all'interno di un'ampia struttura cilindrica aperta alle due estremità. Generalmente non causa sensazione di claustrofobia.

Durante l'esame, Le raccomandiamo di rimanere immobile per ottenere immagini di buona qualità. L'indagine TC ha una durata media di circa 15-20 minuti, ma questo tempo varia a seconda delle parti del corpo da esaminare, della patologia da studiare e dalla necessità o meno di iniettare MdC per via endovenosa. In alcuni casi Le verrà chiesto di trattenere il respiro almeno 20 secondi. Per tutta la durata dell'esame nella sala comandi è sempre presente personale sanitario che La vede dalla parete di vetro, pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità e con il quale Lei può comunicare tramite interfono.

RISCHI

Le immagini della TC vengono prodotte dai raggi X, utilizzando dosi superiori rispetto alle Radiografie, ma equivalenti a pochi anni di esposizione alla radiazione naturale ambientale ("quei raggi a cui non possiamo sottrarci"). Alle dosi normalmente erogate non sono noti effetti negativi immediati sulle cellule del corpo umano; viene riconosciuto invece un minimo aumento della probabilità di effetti lesivi tardivi, come l'insorgenza di tumori, soprattutto quando gli esami TC vengono eseguiti numerosi e ripetuti nel tempo. L'aumento del rischio di ammalarsi di tumore a seguito di esame TC è comunque così basso da risultare difficilmente calcolabile. I soggetti maggiormente sensibili alle radiazioni ionizzanti sono gli organismi in accrescimento: embrione (primi 3 mesi di gravidanza) feto (dal 3° al 9° mese), bambini. Inoltre le ovaie nelle donne e in misura minore i testicoli negli uomini sono organi particolarmente radiosensibili, perché le cellule germinali che andranno a costituire l'embrione conservano traccia delle pregresse irradiazioni. E' pertanto necessario che l'indagine TC, specie nei soggetti giovani e nelle donne in età fertile, sia giustificata rispetto al beneficio diagnostico atteso e riservata a quesiti clinici non risolvibili con altre metodiche.

INDAGINI ALTERNATIVE

Qualora esistano alternative diagnostiche altrettanto valide che non comportino l'esposizione a radiazioni ionizzanti, il medico Radiologo gliele illustrerà (es: Ecografia)

EFFETTI DELLA MANCATA PROCEDURA

Desideriamo InformarLa che un Suo rifiuto all'esecuzione dell'esame, se ritenuto quello più idoneo a rispondere al quesito diagnostico, potrà comportare un ritardo o un mancato raggiungimento di una corretta diagnosi.

Note (eventuali personalizzazioni relative ad aumento di rischio per comorbilità, variazioni di procedura)

**CONSENSO INFORMATO PER MINORI**

(Età <18 anni)

IN QUALITÀ DI

<input type="checkbox"/> PADRE, lo sottoscritto	nato il/...../.....
<i>Cognome e nome</i>	
<input type="checkbox"/> MADRE, lo sottoscritta	nata il/...../.....
<i>Cognome e nome</i>	
<input type="checkbox"/> TUTORE (Allegare documento comprovante il relativo stato giuridico) lo sottoscritto/a	nato il/...../.....
<i>Cognome e nome</i>	
DEL MINORE	nato/a il/...../.....
<i>Cognome e nome</i>	

DICHIARO

<ul style="list-style-type: none"> • di essere stato informato/a in maniera chiara, completa e comprensibile dal Dott. in merito alla prestazione sanitaria proposta per il minore: • di essere stato informato riguardo ai vantaggi attesi, agli eventuali effetti collaterali e ai rischi di complicanze, nonché sulle possibili alternative, sulle possibili conseguenze in caso di rifiuto della prestazione, sulle indicazioni per il follow-up; • di aver potuto chiedere al medico chiarimenti e che mi sono stati forniti; • di essere stato informato/a che in caso di urgenze cliniche potranno rendersi necessari interventi addizionali o alternativi, già discussi nel corso del colloquio; • di essere stato informato/a di poter revocare la scelta effettuata in qualsiasi momento precedente la prestazione; • di essere stato informato che in questa Azienda prestano servizio anche medici e altri professionisti sanitari in formazione che, sotto la vigilanza di un tutore, potrebbero partecipare al mio percorso diagnostico-terapeutico.
<input type="checkbox"/> di aver letto e compreso quanto illustrato nel FOGLIO INFORMATIVO ALLEGATO

E PERTANTO

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO alla/e procedura/e sopra indicata/e FIRMA DEL PADRE..... FIRMA DELLA MADRE..... FIRMA DEL MINORE CONSAPEVOLE..... FIRMA DEL TUTORE/RAPP. LEG.....	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO alla/e procedura/e sopra indicata/e FIRMA DEL PADRE..... FIRMA DELLA MADRE..... FIRMA DEL MINORE CONSAPEVOLE..... FIRMA DEL TUTORE/RAPP. LEG.....
--	--

FIRMA DEL MEDIATORE/INTERPRETE (se presente)	Dichiaro di aver verificato la comprensione delle informazioni. <u>FIRMA E MATRICOLA DEL MEDICO</u>	DATA/...../..... Ora
---	---	--

Da compilare in caso di assenza di un genitore

DICHIARO INOLTRE , consapevole delle responsabilità previste dall'art .76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la mia personale responsabilità, che ai sensi dell'art. 317 del Codice civile il genitore qui non presente non è in grado di esprimere il consenso per lontananza o altro impedimento. DICHIARO in proposito che:
<input type="checkbox"/> il genitore qui non presente è informato del percorso di cura del minore e condivide le scelte che vengono da me espresse <input type="checkbox"/> il genitore qui non presente non è rintracciabile in un tempo compatibile con il trattamento proposto
FIRMA data...../...../.....