

	<b>FOGLIO INFORMATIVO</b>	Rev. 0	Pag. 1
	<b>CINEFLUOROSCOPIA CARDIACA</b>	<b>ASSTNM-FI-073</b>	

Egregio Signore, Gentile Signora

*vengono qui sinteticamente descritti la procedura ritenuta opportuna nel suo caso, le finalità ed i rischi connessi.*

*La procedura che Le proponiamo appare opportuna per soddisfare al meglio le esigenze diagnostiche e/o terapeutiche del Suo caso. I benefici che Lei può trarre appaiono superiori rispetto ai rischi comunque connessi alla procedura in questione, sulla quale in seguito ci soffermeremo in modo più completo.*

*Lei è stata informata del Suo stato di salute, della procedura che le proponiamo, dei rischi connessi e degli altri aspetti oggetto anche del presente modulo, allo scopo di renderla pienamente consapevole del suo stato di salute ed affinché lei possa condividere le scelte ed in piena coscienza, affidarsi alle cure ed al trattamento sanitario in questione, nel rispetto della Sua libertà e volontà.*

*Per questo stesso ordine di motivi, Lei è libero, in qualsiasi momento, prima della procedura, di ritirare il Suo consenso al trattamento sanitario in questione, non rappresentando la espressione del presente consenso alcun vincolo o impegno irrevocabile. Qualora dovesse non dare il consenso, o successivamente revocarlo, è sottinteso che Le saranno praticate le migliori cure possibili, compatibilmente con la mancata acquisizione degli elementi diagnostici od il mancato ottenimento dei possibili risultati che la procedura in oggetto si propone di far conseguire.*

Lei è portatore di protesi valvolare meccanica.

La cinefluoroscopia cardiaca è una indagine diagnostica non invasiva che consente la diretta visualizzazione della valvola e la valutazione del movimento del/i disco/i, mediante l'impiego di radiazioni ionizzanti (raggi X).

**Complicanze legate all'esposizione a radiazioni ionizzanti (raggi X):**

La procedura cui verrà sottoposto/a è condotta con l'ausilio di apparecchiature che utilizzano radiazioni ionizzanti e può comportare elevate dosi ad alcuni organi e in generale elevati valori di dose efficace. Per tale motivo la probabilità di insorgenza di effetti stocastici (tumori e leucemie) viene leggermente aumentata rispetto alla probabilità di insorgenza spontanea, soprattutto per procedure ripetute. Inoltre, per valori di dose particolarmente alti alla cute (che possono verificarsi per procedure particolarmente lunghe ed indaginose) non può essere esclusa l'insorgenza di danni cutanei (arrossamento, eritema, ustione). Per tale motivo raccomandiamo di consultare il medico specialista nel caso di insorgenza di arrossamenti e/o epilazione.

La procedura si svolge nel **laboratorio di Emodinamica**, dove opera personale altamente specializzato ed addestrato.

Nome e Cognome del paziente \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Data/ora di consegna \_\_\_\_\_ consegnato da \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_