a carattere scientifico

Burlo Garofolo di Trieste

IN GRAVIDANZA

SC Radiologia pediatrica Vi diamo il benvenuto nella Struttura Complessa di Radiologia Pediatrica dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo di Trieste. Vi segnaliamo che, durante la permanenza in ospedale vostra o di vostro figlio/a, tutto il personale del reparto si adopererà per soddisfare ogni vostra esigenza di informazione sul percorso di cura e sulle regole organizzative interne. Vi preghiamo di leggere attentamente le informazioni riportate in questo modulo prima di firmare il vostro consenso al piano diagnostico e terapeutico proposto. Accertatevi di aver compreso bene tutte le fasi della procedura, che richiedono una partecipazione attiva e consapevole. Le informazioni fornite non sostituiscono in alcun modo il colloquio con il medico, al

PRO_DSN_0008 Codice identificazione file:

MOD 0165 RAD 0006 03

F_DSN_0001_05_PRO_DSN_0008

Versione definitiva **CONSENSO**

Pagina 1 di 4

14/10/2020

quale è possibile esprimere qualsiasi quesito in merito.				
PARTE A - RACCOLTA DEI DATI ANAGRAFICI				
Io/noi sottoscritto/a/i, in qualit responsabile/i della compilazio DATI IDENTIFICATIVI	tà di assistito/a genitori (<i>entrambi</i>) madre padre tutore altro responsabile legale, ne dei dati sottoindicati:			
Dati identificativi				
dell'assistito/a	Cognome Nome			
Etichetta	Nato/a a il il			
	Residente aCAPCAP			
	in Via			
DA COMPILA	RE SOLO SE L'ASSISTITO/A È MINORENNE (<18 ANNI) E NON EMANCIPATO/A			
Dati dei genitori o del titolar della responsabilità genitoriale*:	Nome a cognome dei genitari			
In caso di minore vi è la necessità ottenere il consenso da entrambi genitori, o da chi, giuridicamente, n faccia le veci. Tale assunto non modifica anche qualora il minore s affidato ad uno solo dei genitori, quali risultino separati o divorzia come dagli stessi dichiarat L'opinione del minore, nella misura cui lo consente la sua età e il su grado di maturità, è sempre presa considerazione. In caso di presenza di uno solo dei di genitori, quest'ultimo, sotto la propresponsabilità, dovrà dichiara l'assenso del genitore assen	Madre Cognome Nome Nata a II CAP IN III NATO A III NATO			
attraverso modello autocertificazione (Mod 0199). In caso di presenza del lega rappresentante non genitore, de essere allegata la documentazion che attesta i poteri conferiti¹.	ine inesidente a			
DICHIARO/DICHIARIAMO di essere stato/a/i informato/a/i, dal dott./dott.ssa, in relazione all'atto sanitario proposto, di seguito descritto, che verrà effettuato dal personale preposto a, con il supporto del mediatore culturale Sig./Sig.a				

Allegare copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare (ai sensi della L. 9 gennaio 2004, n°6 e successive modifiche ed integrazioni).



DICHIARAZIONE DI AVVENUTA ÎNFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO

ATTO SANITARIO: INDAGINE RADIOLOGICA **IN GRAVIDANZA**

PRO_DSN_0008 Codice identificazione file:

MOD 0165 RAD 0006 03 F_DSN_0001_05_PRO_DSN_0008

14/10/2020 Pagina 2 di 4

CONSENSO SC Radiologia pediatrica

PARTE B - INFORMATIVA

DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE

Il medico che La segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad una INDAGINE RADIOLOGICA IN GRAVIDANZA allo scopo di identificare le cause delle sue condizioni di salute e le conseguenti eventuali terapie.

ATTO SANITARIO

Versione definitiva

Per effettuare l'esame diagnostico proposto è necessario l'uso di Raggi X.

ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Scopo dell'esame è quello di indagare il distretto corporeo probabile sede di alterazione per inquadrare il problema clinico ed eventualmente trattarlo con la terapia più opportuna.

EVENTUALE ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)

La scelta di effettuare un eventuale esame alternativo sarà responsabilità dello specialista radiologo, che ne discuterà con il Suo curante sulla base dell'anamnesi clinica, laboratoristica e della disponibilità tecnologica presso questa struttura. Lei ne verrà messo a parte e le verranno spiegati gli eventuali vantaggi o rischi.

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

La paziente e il suo bimbo non ancora nato saranno esposti ai raggi X. Il rischio di conseguenze sul feto è molto piccolo: l'esame potrebbe minimamente aumentare (molto meno dell'1%) la possibilità di comparsa di neoplasie nella vita del bambino.

L'esame non aggiunge significativi rischi di malformazioni alla nascita.

Sia Il tuo medico che il radiologo che si farà carico dell'esame radiologico hanno considerato i rischi associati con questo esame e credono che procedere sia nell'interesse della paziente e del bambino.

ESITI DEL NON TRATTAMENTO

Diagnosi assente o incompleta, con rischi sia per la madre che per il nascituro.

ALTRI PROBLEMI / NOTE

Il presente consenso è conforme alla normativa nazionale vigente in materia di radioprotezione delle persone contro i pericoli delle radiazioni nelle esposizioni mediche (D.Lgs.101/2020).

In tutti i casi di indagine radiologica è importante che il medico prescrivente e lo specialista radiologo giustifichino l'esame prescritto valutando il rapporto rischio/beneficio derivante dall'esame stesso, che deve tendere a favore del massimo beneficio (art.157 e 159), tenendo in debita considerazione condizioni cliniche specifiche, compreso lo stato di gravidanza (art. 166).

Il Personale è inoltre a Sua disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

Versione definitiva

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO

ATTO SANITARIO: INDAGINE RADIOLOGICA **IN GRAVIDANZA**

CONSENSO SC Radiologia pediatrica PRO_DSN_0008

Codice identificazione file:

MOD_0165_RAD_0006_03 F_DSN_0001_05_PRO_DSN_0008

14/10/2020

Pagina 3 di 4

PARTE C1- ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALLA PROCEDURA

DICHIARO/DICHIARIAMO

in pieno possesso delle mie/nostre facoltà mentali

- > di aver ricevuto dal Medico che mi ha esposto i contenuti di questo consenso, esaurienti e chiare informazioni sugli scopi dell'atto sanitario proposto e sulle modalità con cui esso verrà eseguito;
- > di aver compreso quali potrebbero essere i potenziali rischi/inconvenienti dell'indagine;
- > di essere a conoscenza del fatto che il risultato sperato possa non essere raggiunto, anche in assenza di errori da parte dell'équipe sanitaria e di aver compreso che sono possibili eventuali modifiche in caso di necessità clinica, in presenza di riscontri clinici non prima valutabili;
- > di ritenere appropriato il tempo concesso per valutare le informazioni fornite, per porre eventuali domande e prendere serenamente delle decisioni;
- > di aver informato dettagliatamente i Medici riguardo eventuali precedenti interventi chirurgici subiti,

, -	e medica e non mediche in corso; cenza della possibilità di revocare il conse	enso in qualsiasi momento, senza conseguenze.		
Pertanto, liberamente, s	pontaneamente ed in piena coscienza:			
Acconsento/Acconsentiamo		Non Acconsento/Non Acconsentiamo		
all'atto sanitario oggetto del presente consenso.				
Data	L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)	Il rappresentante legale (secondo genitore)		
Data	Il Medico che ha effettuato il colloquio (timbro e firma leggibile)	II Mediatore culturale (firma leggibile)		
PER LA DONNA IN ETÀ FERTILE				
La procedura descritta nel presente modulo comporta l'emissione di Raggi X, la cui somministrazione alle donne in stato di gravidanza è sconsigliata, salvo precisa e giustificata indicazione medica e previa valutazione preliminare della dose di esposizione a cui sarebbe sottoposto l'embrione o il feto. Questo comporta che, con la firma del presente modulo Lei dichiara di non essere in gravidanza				
DICHIARO				
	in pieno possesso delle mie	facoltà mentali		
di essere in stato di g	ravidanza			
di NON essere con certezza in stato di gravidanza.				
Data	L'assistita e suo rappresentante legale			

Versione definitiva

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO

ATTO SANITARIO: INDAGINE RADIOLOGICA IN GRAVIDANZA

PRO_DSN_0008

Codice identificazione file:

MOD_0165_RAD_0006_03F_DSN_0001_05_PRO_DSN_0008

CONSENSO Pagina 4 di 4 14/10/2020

SC Radiologia pediatrica

PARTE C2 – ACQUISIZIONE DEL CONSENSO A FORNIRE INFORMAZIONI SANITARIE A PARENTI/CONOSCENTI					
	AMO che le mie condizioni cliniche e siano trasmessi alle seguenti pers	e (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e one:			
Cognome, Nome e data di	nascita				
Rapporto con l'assistito/a:					
Cognome, Nome e data di nascita					
Rapporto con l'assistito/a:					
RICHIEDO/RICHIEDIAMO che delle mie condizioni cliniche (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e degli esiti dell'indagine NON sia informato nessuno.					
Data	L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)	Il rappresentante legale (secondo genitore)			
PARTE D – DIRITTO ALLA REVOCA					
all'atto sanitario pro		LER REVOCARE IL CONSENSO alla fornitura di informazioni a parenti/conoscenti			
Data	L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)	Il rappresentante legale (secondo genitore)			