ATTO SANITARIO: ESAME RADIOGRAFICO CONTRASTOGRAFICO DEL TUBO DIGERENTE

Codice identificazione file:

MOD_0165_RAD_0009_02

Versione definitiva CONSENSO Pagina 1 di 4 14/10/2020

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 quale è possibile esprimere qualsiasi quesito in merito.

PARTE A - RACCOLTA DEI DATI ANAGRAFICI			
Io/noi sottoscritto/a/i, in quali responsabile/i della compilazio DATI IDENTIFICATIVI	tà di assistito/a genitori (<i>entrambi</i>) madre padre tutore altro responsabile legale, one dei dati sottoindicati:		
Dati identificativi			
dell'assistito/a	Cognome Nome		
	-		
Etichetta	Nato/a ailil		
	Residente a CAP		
	in Via		
	In via		
DA COMPILARE SOLO SE L'ASSISTITO/A È MINORENNE (<18 ANNI) E NON EMANCIPATO/A			
Dati dei genitori o del titolare della recononcabilità conitoriale*. Nome e cognome dei genitori			
della responsabilità genitoriale*: In caso di minore vi è la necessità			
ottenere il consenso da <u>entrambi</u>	i Madre cognome		
genitori, o da chi, giuridicamente, i			
faccia le veci. Tale assunto non modifica anche qualora il minore s			
affidato ad uno solo dei genitori,	<i>i</i> in Via		
quali risultino separati o divorzia come dagli stessi dichiarat	Desdus Composes		
L'opinione del minore, nella misura	in Nato a		
cui lo consente la sua età e il su grado di maturità, è sempre presa	10		
considerazione.			
In caso di presenza di uno solo dei di	, '		
genitori, quest'ultimo, sotto la propr responsabilità, dovrà dichiara			
<u>l'assenso del genitore assent</u>	<u>te</u> Cognome Nome		
attraverso modello autocertificazione (Mod 0199).	Mato ailil		
In caso di presenza del lega			
rappresentante non genitore, de essere <u>allegata</u> la documentazion	ve		
che attesta i poteri conferiti ¹ .	Documento di identità		
	Documento di identita		
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			

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pediatrico

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

ATTO SANITARIO: ESAME RADIOGRAFICO CONTRASTOGRAFICO DEL TUBO DIGERENTE

Codice identificazione file:

MOD_0165_RAD_0009_02

Versione definitiva CONSENSO Pagina 2 di 4 14/10/2020

SC Radiologia pediatrica

PARTE B - INFORMATIVA

DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE

Il Suo medico ha ritenuto opportuno proporre un esame radiologico contrastografico del **TUBO DIGERENTE** allo scopo di identificare anomalie morfo-funzionali del tratto digerente prossimale (esofago, stomaco, duodeno e digiuno prossimale).

ATTO SANITARIO

Per effettuare l'esame è necessario l'utilizzo di un mezzo di contrasto (MDC), ossia di un liquido opaco ai raggi X, che verrà bevuto o, se necessario (pazienti non in grado di bere), introdotto attraverso un sondino naso-gastrico o se presente a livello della stomia gastrica.

ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Scopo dell'esame è quello di indagare il Suo apparato intestinale o quello di Suo figlio (esofago, stomaco, duodeno e digiuno prossimale) per inquadrare il problema clinico e trattarlo con la terapia opportuna.

EVENTUALE ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)

Lo specialista radiologo, sotto la propria piena responsabilità e solo dopo essersi consultato con il suo medico curante, orienterà la Sua scelta nei confronti di un eventuale esame alternativo. Su tale esame Le saranno adeguatamente illustrati rischi e benefici.

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

Controindicazioni: il MDC baritato non deve essere impiegato nei casi in cui si sospetti la perforazione o l'ostruzione di un qualsiasi segmento del tratto gastrointestinale o nei casi di ipersensibilità individuale accertata verso il solfato di bario. In questi casi, è necessario effettuare l'indagine impiegando del mezzo di contrasto iodato, solubile e riassorbibile. Tuttavia va tenuto presente che possono insorgere effetti indesiderati come stitichezza o ritenzione di bario.

ESITI DEL NON TRATTAMENTO

Diagnosi assente o incompleta.

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.

ATTO SANITARIO: ESAME RADIOGRAFICO CONTRASTOGRAFICO DEL TUBO DIGERENTE

Codice identificazione file:

MOD_0165_RAD_0009_02

Versione definitivaCONSENSOPagina 3 di 414/10/2020

SC Radiologia pediatrica

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, patologie e terapie medica e non mediche in corso; di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze. 			
Pertanto, liberamente, spontaneamente 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 gravidanza			
di NON essere con certezza in stato di gravidanza.			
Data	L'assistita o il suo rappresentante legale		

Codice identificazione file:

MOD_0165_RAD_0009_02

ATTO SANITARIO: ESAME RADIOGRAFICO CONTRASTOGRAFICO DEL TUBO DIGERENTE

Versione definitivaCONSENSOPagina 4 di 414/10/2020SC Radiologia pediatrica

PARTE C2 – ACQUISIZIONE DEL CONSENSO A FORNIRE INFORMAZIONI SANITARIE A PARENTI/CONOSCENTI RICHIEDO/RICHIEDIAMO che le mie condizioni cliniche (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e gli esiti dell'indagine siano trasmessi alle seguenti persone: 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 Il rappresentante legale (primo genitore/tutore) (secondo genitore) PARTE D - DIRITTO ALLA REVOCA DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO all'atto sanitario proposto 」alla fornitura di informazioni a parenti/conoscenti altro (specificare) Data L'assistito/a o il rappresentante legale Il rappresentante legale (primo genitore/tutore) (secondo genitore)