

**ATTO SANITARIO: ESAME RADIOGRAFICO
CONTRASTOGRAFICO DEL TUBO DIGERENTE**

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 qualità di assistito/a genitori (*entrambi*) madre padre
 tutore altro responsabile legale,
responsabile/i della compilazione dei dati sottoindicati:

DATI IDENTIFICATIVI

Etichetta	Dati identificativi dell'assistito/a	Cognome	Nome
		Nato/a a	il
		Residente a	CAP
		in Via	

DA COMPILARE SOLO SE L'ASSISTITO/A È MINORENNE (<18 ANNI) E NON EMANCIPATO/A

<p>Dati dei genitori o del titolare della responsabilità genitoriale*: <i>In caso di minore vi è la necessità di ottenere il consenso da <u>entrambi i genitori</u>, o da chi, giuridicamente, ne faccia le veci. Tale assunto non si modifica anche qualora il minore sia affidato ad uno solo dei genitori, i quali risultino separati o divorziati, come dagli stessi dichiarato. L'opinione del minore, nella misura in cui lo consente la sua età e il suo grado di maturità, è sempre presa in considerazione.</i> <u>In caso di presenza di uno solo dei due genitori, quest'ultimo, sotto la propria responsabilità, dovrà dichiarare l'assenso del genitore assente attraverso modello di autocertificazione (Mod 0199).</u> <i>In caso di presenza del legale rappresentante non genitore, deve essere <u>allegata</u> la documentazione che attesta i poteri conferiti¹.</i></p>	<p>Nome e cognome dei genitori</p> <p>Madre Cognome</p> <p>Nata a</p> <p>Residente a</p> <p>in Via</p>
	<p>Padre Cognome</p> <p>Nato a</p> <p>Residente a</p> <p>in Via</p>
	<p>Altro Titolare della responsabilità genitoriale</p> <p>Cognome</p> <p>Nato a</p> <p>Residente a</p> <p>in Via</p> <p>Documento di identità</p>

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

¹ 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**

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**

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.

-----	-----	-----
<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>

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*)

-----	-----	-----
<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>