

DOCUMENTO INFORMATIVO PER TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA CON MEZZO DI CONTRASTO (TAC CON MDC)

CHE COS'È

La Tomografia Computerizzata è una tecnica radiologica che utilizza Raggi X e consente lo studio di sezioni (fette) del corpo umano secondo un piano assiale. L'esame viene eseguito posizionando il paziente sul lettino che scorre all'interno del gantry (il foro al centro della macchina).

I raggi X dopo aver interagito con il corpo, attraversandolo, vanno a colpire i detectori che ne registrano le modificazioni; dall'elaborazione computerizzata di questi dati si ottengono le immagini. Tubo radiogeno e detectori ruotano insieme intorno al paziente supino sul lettino; ogni rotazione fornisce una serie di dati per ciascuna sezione che viene attraversata. La TC multistrato consente di acquisire più strati contemporaneamente, accorciando il tempo d'esame, consentendo di analizzare grandi volumi anatomici (corpo intero) in tempi assai brevi (secondi).

La TC consente lo studio di diversi distretti anatomici, quali: torace, addome, collo, apparato osteo-articolare oltre a cranio e colonna vertebrale. La TC viene utilizzata quale tecnica diagnostica indispensabile, di supporto all'oncologia, alla chirurgia, all'ortopedia, alla traumatologia, alla medicina nell'emergenza. È importante conoscere il sospetto clinico, così da poter eseguire l'esame con tecnica idonea. Le radiazioni ionizzanti sono presenti nell'ambiente in cui viviamo (raggi solari, radiazioni emesse dal terreno, etc.) e, se assorbite in dosi elevate, possono provocare danni agli organi interni, specie nel caso di donne in gravidanza o in età fertile.

I dosaggi impiegati negli esami radiologici vengono tenuti molto bassi, compatibilmente con la possibilità di poter ottenere una diagnosi attendibile. I benefici di una diagnosi precoce sono solitamente superiori al danno provocato dalle radiazioni. Ogni volta che Lei si sottopone ad un accertamento radiologico, ricordi al medico il numero ed il tipo di esami a cui è stato sottoposto in precedenza.

Le dosi che saranno assorbite dal paziente sono ottimizzate al fine di ottenere un'immagine diagnostica appropriata riducendo il livello di esposizione quanto più ragionevolmente possibile. Questo in considerazione del fatto che allo stato attuale, non esistono tecniche diagnostiche alternative per la valutazione e lo studio del quadro clinico proposto dal prescrittore.

Qualora desideri ulteriori notizie informative o chiarimenti li potrà ricevere dal medico Radiologo o dal medico Anestesista.

Il Responsabile della Diagnostica per immagini

ESPRESSIONE DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Dichiarante:

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

Residente in _____

Via _____

Perfettamente in grado di intendere e di volere l'atto medico programmato

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore _____

(2) in qualità di tutore del paziente _____

Dovendosi sottoporre ad indagine radiologica: **Tomografia Computerizzata con Mezzo di Contrasto (TAC CON MDC)**

che prevede la somministrazione di radiazioni ionizzanti ed e.v. di mezzo di contrasto, per _____
(quesito diagnostico)

DICHIARA

☐ Di non essere in stato di gravidanza

☐ Di essere in stato di gravidanza alla _____ settimana

☐ Di non poter escludere con certezza di essere in gravidanza

Firma del paziente

Di essere informato\la dal Dr. _____ in modo comprensibile ed esauriente
- sugli effetti e sui rischi che potrebbero essere causati dall'iniezione con il mezzo di contrasto, sui vantaggi conseguibili a seguito dell'esame e sugli svantaggi legati alla mancata esecuzione dell'esame;
- che la procedura potrebbe essere modificata qualora in corso d'opera se ne manifesti la necessità
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esame

Per tutto quanto sopra considerato

di **ACCETTARE** ☐

di **NON ACCETTARE** ☐

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Cinisello Balsamo, _____

Data

Firma del paziente o del rappresentante legale

Firma del Medico _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____

(Cognome e Nome)

In data _____ dichiara di voler **REVOCARE** il consenso.

Firma del paziente o del rappresentante legale