



ESAMI MEDICO-NUCLEARI E PET-TAC CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____,

nato/a _____, il _____,

dopo il colloquio con il medico specialista Dr. _____

Dichiaro

di avere ricevuto in modo comprensibile ed esauriente tutte le informazioni relative all'indagine medico-nucleare, di seguito specificata, a cui sto per sottopormi:

scintigrafia tiroidea

scintigrafia ossea

scintigrafia renale

PET-TAC oncologica ; neurologica ; cardiologica .

Mi è noto che tale esame prevede la somministrazione endovenosa di un radiofarmaco emittente radiazioni ionizzanti a dosi controllate e successivamente l'esecuzione di una o più scansioni del mio corpo e dei miei organi con un dispositivo dedicato (gamma-camera per gli esami scintigrafici o PET-TAC).

Dichiaro

che il medico specialista mi ha informato circa le modalità di esecuzione dell'indagine, circa i vantaggi che offre ai fini di una migliore valutazione del mio problema clinico, circa i suoi eventuali svantaggi e circa le alternative.

Dichiaro

di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento e di essere stato informato/a, in caso di dissenso, circa tutte le conseguenze cliniche ed amministrative di questa scelta.

Dichiaro

che mi è stato raccomandato, in via cautelativa, di evitare il contatto ravvicinato (prossimità inferiore ai 2 metri) e prolungato nel tempo con donne in stato di gravidanza accertata o presunta e con bambini (fino ai 14 anni) durante le 24 ore successive alla somministrazione del radiofarmaco e di NON rientrare nello Studio, ad esame completato, per ridurre la possibile esposizione degli altri pazienti e del personale.

Mi è stato riferito che in linea generale il periodo necessario per il recupero funzionale è di 24 ore, pertanto non è necessaria l'astensione lavorativa nei giorni successivi a quelli dell'esame. Sono a conoscenza del fatto che successivamente all'esame medico-nucleare possono essere eseguite altre indagini diagnostiche, senza particolari precauzioni, salvo l'aver cura di riferire agli operatori sanitari di aver effettuato esami medico-nucleari. Non esistono controindicazioni all'assunzione di cibo e terapie farmacologiche nelle ore successive all'indagine scintigrafica o PET-TAC.

PER LE DONNE IN ETA' FERTILE: escludo qualsiasi sospetto di gravidanza in atto e nego di essere in stato di allattamento al momento dell'esecuzione dell'esame scintigrafico. Sono a conoscenza che l'esame può essere eseguito solo in donne non gravide, salvo casi d'urgenza riconosciuti e concordati con il medico curante.

Dichiaro

di aver ricevuto comprensibili ed esaurienti risposte ad ogni mio quesito e di aver avuto l'opportunità di riflettere su quanto esposto.

Dichiaro

quindi di acconsentire all'espletamento della:

Firma Paziente: _____

Firma Medico nucleare: _____

Data: _____