

L'esame di radiologia (RX – Mammografia - TAC) si basa sull'erogazione di radiazioni ionizzanti. In questa struttura gli esami mediante raggi X sono eseguiti nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica.

Le dosi di radiazioni erogata per ogni singolo esame sono mantenute a livello minimo compatibile con un'accurata diagnosi e comunque conformi rispetto ai Livelli Diagnostici di Riferimento stabiliti dalle Direttive dell'Unione Europea. Il rischio radiologico è pertanto molto basso e sicuramente sovrastato dal beneficio diagnostico ricevuto dal paziente per un esame giustificato.

In particolare, l'esame è effettuato solo se:

-  vi è una richiesta diagnostica motivata;
-  non esistono, in alternativa, altri tipi di esami senza raggi X;
-  non vi sono altri reperti diagnostici validi (il paziente deve informare il radiologo se è in possesso di lastre radiografiche eseguite di recente in un esame dello stesso distretto anatomico)

In questa struttura radiologica l'attrezzatura è sottoposta a:

-  prove di verifiche periodiche delle caratteristiche di funzionamento da parte di un professionista laureato ed esperto in fisica medica a seguito delle quali è rilasciato specifica documentazione scritta
-  controlli di qualità periodici da parte dello stesso esperto in fisica medica a seguito dei quali è rilasciata specifica documentazione scritta
-  misure per la determinazione della dose al paziente al fine di ottimizzare la tecnica diagnostica per la salute del paziente

L'ESECUZIONE DI UN ESAME RADIOLOGICO È CONTROINDICATO NELLO STATO DI GRAVIDANZA

Ravenna _____

Io sottoscritta _____

(nome cognome leggibile e in stampatello)

DICHIARO DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA SIA ACCERTATA CHE PRESUNTA
DICHIARO ALTRESÌ DI ESSERE STATA ADEGUATAMENTE INFORMATA SUL RISCHIO RADIOLOGICO IN
GRAVIDANZA DAL PERSONALE

Firma

Prendo altresì atto che Ravenna33 si avvalga anche di professionisti che agiscono da remoto per tele refertazione e teleconsulto dell'indagine radiologica effettuata.

Firma

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI DI RADIODIAGNOSTICA PER MINORE

Ravenna _____

Nome e Cognome del minore _____

(nome cognome leggibile e in stampatello)

Trattandosi di minore si chiede l'autorizzazione dei genitori

Padre _____

Madre _____