



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: ___ / ___ / _____

VERIFICA: LF
APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC-DMP: BT

CONSENSO INFORMATO PER PROCEDURE SCINTIGRAFICHE E SPET

Dati del paziente:

Cognome e Nome sesso M F
nato/a il ___ / ___ / ___ aRecapito telefonico
Residente a in via n.

Questa informazione al consenso viene presentata a:

Paziente

Genitori (per i minori indicare i dati dei due genitori)
Primo genitore: Cognome e Nome nato il ___ / ___ / _____
Secondo genitore: Cognome e Nome nato il ___ / ___ / _____

Tutore Amministratore di sostegno
Cognome e Nome nato il ___ / ___ / _____

dal Dott./Dott.ssa: Cognome: Nome:

UOC Telefono

1. Condizioni/motivazioni cliniche per cui si propone l'esecuzione dell'esame scintigrafico:

In base al quesito diagnostico proposto dal medico curante e all'anamnesi raccolta, le viene suggerita la procedura medico-nucleare per ottenere una migliore pianificazione diagnostico-terapeutica.

Ho compreso le condizioni cliniche per cui mi si propone la procedura?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

2. Informazioni e rischi riguardo all'esame scintigrafico

Le indagini medico-nucleari sono esami diagnostici che permettono di ottenere informazioni relative alla struttura e alla funzionalità di un organo o di un apparato. Queste indagini sono eseguite mediante la somministrazione, generalmente per via endovenosa, di un radiofarmaco specifico per l'organo o per la funzione da studiare.

Avvertenze particolari esistono per le donne in età fertile, in quanto la somministrazione del radiofarmaco è controindicata in caso di gravidanza in atto o presunta, a causa dell'irradiazione all'embrione/feto. Per cui il sospetto di una gravidanza deve essere comunicato immediatamente al Medico Nucleare che valuterà l'opportunità di eseguire l'esame o inviare ad altra procedura. Precauzioni vanno adottate anche in caso di allattamento al seno, per cui il medico nucleare valuterà e indicherà l'eventuale



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: ___ / ___ / _____

VERIFICA: LF
APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC-DMP: BT

intervallo di sospensione dell'allattamento stesso.

Firmi qui se esclude lo stato di gravidanza

Ho compreso le informazioni e i rischi riguardo la procedura?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

Consegna di materiale informativo: INFORMATIVA PER IL PAZIENTE SOTTOPOSTO A PROCEDURE DIAGNOSTICHE DI MEDICINA NUCLEARE: SCINTIGRAFIE e TOMOSCINTIGRAFIE (SPET) (SC.01.570)

3. Benefici attesi:

Proporre delle ipotesi diagnostiche, soddisfare le richieste cliniche dei medici proponenti l'esame.

Ho compreso i benefici attesi?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

4. Possibili alternative relative a quanto proposto:

Altre metodiche non invasive, quali ecografia, RM, TC, possono fornire importanti informazioni morfologiche, complementari ma non sostitutive della metodica PET, che essendo un esame prevalentemente funzionale, consente di definire in termini di metabolismo cellulare le alterazioni nell'ambito di un organo o di un tessuto.

Ho compreso le eventuali possibili alternative relative a quanto proposto?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

5. Possibili conseguenze nel caso non venga eseguito quanto proposto:

Ritardo o incompletezza nella raccolta delle informazioni necessarie ad una migliore pianificazione diagnostico/terapeutica per la patologia in esame.

Ho compreso le conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver informato

sulle condizioni cliniche e sui relativi possibili trattamenti, procedure ed accertamenti, in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e prendere atto della sua libera decisione di seguito espressa.

Data ___ / ___ / _____ Firma del medico.....matr:





DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: __ / __ / ____

VERIFICA: LF
APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC-DMP: BT

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto le informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e il trattamento/esame proposto, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti. Valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'esecuzione della corrente procedura medico-nucleare

Sono stato informato/a del fatto che in ogni caso potrò revocare il consenso che qui sto esprimendo.

Data __ / __ / ____

Firma del paziente/genitori/tutore/amministratore di sostegno

.....
.....

Per minori maturi: è stato informato il minore maturo *Firma del minore*.....

Firma dell'eventuale mediatore culturale

Testimone (se presente): Nome.....Cognome.....

Rapporto con il paziente.....

Firma.....

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a, dopo essere stato informato sulle motivazioni e la natura dell'atto clinico proposto, sui suoi benefici, rischi, alternative, e sulle conseguenze nel caso in cui non venga eseguito, revoco il consenso qui precedentemente espresso.

Data __ / __ / ____

Firma del paziente/genitori/tutore/amministratore di sostegno

.....
.....

