



UOC MEDICINA NUCLEARE

CONSENSO INFORMATO PER PROCEDURE SCINTIGRAFICHE E SPET

Data

<p>Responsabile Unità Operativa: Dott. Riccardo Benti</p> <p>Tel. Segreteria 0255033377 Fax: 0255035510</p> <p>Tel.reparto 02-55033344/3455</p>	<p><i>Gentile Signore/a,</i> <i>Nella relazione di cura fra medico e paziente è importante che vi siano dei momenti in cui confrontarsi sulle scelte di salute: in particolare, è suo diritto ricevere tutte le informazioni necessarie per poter scegliere in modo consapevole. Questo documento ha lo scopo di affiancare il medico nel fornirle un'informazione corretta e completa riguardo le sue condizioni cliniche e l'accertamento in questione, affinché Lei possa esprimere una scelta libera e informata.</i></p> <p>Questa informazione al consenso per l'accertamento viene presentata a:</p> <p>COGNOME: _____ NOME: _____</p> <p>DATA NASCITA: _____ LUOGO DI NASCITA: _____</p> <p>SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Il/la Dott./Dott.ssa COGNOME: _____ NOME: _____ che richiede l'esame ne ha spiegato l'utilità al paziente e gli ha consegnato copia del consenso.</p> <p>firma del medico richiedente</p>
--	---

1. Condizioni/motivazioni cliniche per cui si propone l'accertamento:

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.

Ha compreso le condizioni cliniche per cui mi si propone l'accertamento?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

2. Informazioni riguardo l'accertamento:

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. **È allegata scheda informativa**

Ha compreso le informazioni riguardo l'accertamento?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti



3. Benefici attesi:

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

Ha compreso i benefici attesi?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

4. Probabilità di successo e insuccesso riguardo l'accertamento:

La qualità delle immagini diagnostiche potrebbe essere compromessa se durante l'esame, non ci si mantiene immobili, nella posizione richiesta.

Ha compreso le probabilità di successo e insuccesso riguardo l'accertamento?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

5. Rischi connessi con l'accertamento:

Non sono riportati eventi avversi dopo la somministrazione del radiofarmaco, che non è tossico per l'organismo e il rischio da radiazioni (preventivamente valutato dal medico nucleare in funzione del beneficio che le verrà dall'esecuzione dell'esame) è minimo e simile a quello di un comune esame radiologico.

Ha compreso i rischi connessi con l'accertamento?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

6. Possibili conseguenze e problemi di recupero:

Non esistono problemi legati all'esecuzione di procedure diagnostiche di Medicina Nucleare. **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. L'allattamento al seno costituisce una seconda controindicazione per cui è necessario informare il medico che valuterà e indicherà l'eventuale intervallo di sospensione dell'allattamento stesso.

Ha compreso i possibili esiti e problemi di recupero connessi con l'accertamento?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

7. Possibili alternative relative a quanto proposto:

Altre metodiche non invasive, quali ecografia, RM, TC, possono fornire informazioni complementari ma non sostitutive della metodica scintigrafica.

Ha compreso le possibili alternative relative a quanto proposto?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

8. Possibili conseguenze nel caso non venga eseguito l'accertamento:

Nel caso in cui non venga eseguito l'accertamento si potrà verificare ritardo o mancata diagnosi.

Ha compreso le conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione?

Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

DICHIARAZIONE DEL MEDICO che esegue l'accertamento

Io sottoscritto/a dichiaro di aver informato il paziente sulle procedure ed accertamenti possibili, 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.....n° matr.....

FIRMA INFORMATIVA

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e l'accertamento propostomi, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Data/...../.....

Firma del paziente.....

Firma dell'eventuale mediatore culturale

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Le viene qui richiesto di dichiarare o di rifiutare il suo consenso per l'accertamento che La riguarda. In ogni caso Lei potrà comunque, in qualsiasi momento successivo, revocare il consenso che qui sta esprimendo.

Io sottoscritto/a , valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'accertamento propostomi,

Data/...../.....

Firma del paziente.....

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 cui mi espongo nel caso in cui non venga eseguito, revoco il consenso precedentemente espresso.

Data/...../.....

Firma del paziente.....

Rivalutato il 03/04/2018