

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER INDAGINI MEDICO-NUCLEARI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

a seguito del colloquio con il medico specialista Dott. \_\_\_\_\_

**Dichiaro** di avere ricevuto in modo comprensibile informazioni relative all'indagine medico nucleare a cui sto per sottopormi : scintigrafia - SPECT - SPECT-TC \_\_\_\_\_

L'indagine medico nucleare a cui sto per sottopormi comporta la somministrazione di una radiofarmaco che emette radiazioni ionizzanti a bassa dose e utilizzando un'apparecchiatura (Gamma Camera ) in modo da ottenere immagini del mio corpo e dei miei organi interni. La scintigrafia potrà essere integrata dall'acquisizione SPECT/TC (Tomoscintigrafia con TAC a bassa dose) per la localizzazione morfologica e la correzione dell'attenuazione.

**Dichiaro** che il medico specialista mi ha spiegato le modalità di esecuzione e gli **eventuali vantaggi** ai fini di una precisa diagnosi utile per una migliore valutazione del mio problema clinico e quindi un trattamento con la terapia più opportuna.

**Dichiaro** di essere a conoscenza della possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'indagine diagnostica e di essere stato informato in caso **di dissenso circa gli svantaggi che avrei qualora decidessi di NON effettuare tale accertamento e circa l'esistenza e/o la non esistenza di eventuali procedure alternative alla diagnostica medico-nucleare** relative al mio problema clinico.

**Rischi** : sono stato informato in particolar modo riguardo all'esposizione a radiazioni ionizzanti e dichiaro di aver ricevuto spiegazioni chiare e per me comprensibili circa i rischi generici inerenti l'esposizione; mi è stato raccomandato in via cautelativa di evitare il contatto ravvicinato (distanza di pochi metri) e per lungo tempo con donne in gravidanza e bambini (fino ai 14 anni) durante le successive 24 ore dalla somministrazione del radiofarmaco.. **Sono consapevole nel caso di esame scintigrafico con il medicinale Macroaggregati albumina umana denaturata** degli aspetti relativi a rischi di reazioni avverse di tipo anafilattico e che la somministrazione sarà fatta in ambiente protetto, con disponibilità di attrezzature per la rianimazione. In particolari condizioni oltre la somministrazione del radiofarmaco è necessario l'utilizzo di altri farmaci (ad esempio per test farmacologici provocativi o di inibizione). Non sono necessarie particolari precauzioni nei confronti di persone adulte, non in gravidanza, ed animali domestici.

**In linea generale il periodo necessario per il recupero funzionale è di 24 ore** : non è necessaria l'astensione lavorativa, tranne per gli ambiti lavorativi che prevedano un contatto ravvicinato con donne in gravidanza e bambini (fino ai 14 anni).

Possono essere eseguite altre indagini diagnostiche, senza particolari precauzioni, nei giorni successivi all'indagine scintigrafica.

Non esistono controindicazioni all'assunzione di cibo e terapie farmacologiche nelle ore successive all'indagine scintigrafica.

**Dichiaro** di aver ricevuto comprensibili ed esaurienti risposte ad ogni mio quesito e l'opportunità di riflettere sulle risposte date.

**Dichiaro** di aver avuto il tempo sufficiente per decidere e di **acconsentire all'espletamento dell'indagine scintigrafica sotto indicato.**

	<i>Tipo di esame</i>	<i>Firma del paziente</i>

**Data**

**Firma del Medico Nucleare**

**DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE**

Firma del padre .....  
(stampatello).....  
Data.....

Firma della madre.....

**INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE e/o TUTORE LEGALE**

Nome e Cognome dell'interprete e/o tutore  
(stampatello).....

Firma dell'interprete /o tutore  
lega.....documento.....Data.....

Nome e cognome del testimone  
(stampatello).....

Firma del  
testimone.....documento.....Data.....

.....

Nome e cognome del testimone  
(stampatello).....

Firma del  
testimone.....documento.....Data.....

**PER LE DONNE IN ETA' FERTILE**

**Escludo** qualsiasi sospetto di gravidanza in atto e di essere in stato di allattamento al momento dell'esame scintigrafico. Sono al corrente del fatto che ,qualora esistesse il dubbio anche minimo di possibile gravidanza devo informare il medico specialista dovendosi l'esame rinviare per motivi di radioprotezione. L'esame può essere eseguito solo in donne sicuramente non gravide ,salvo casi d'urgenza riconosciuti e concordati con il medico curante .

**Data**

**Firma**