ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO – I.R.C.C.S.

UOC MEDICINA NUCLEARE
E-mail sede Padova: medicina.nucleare@iov.veneto.it
Tel. Segreteria sede di Padova: 049-8211729 (h.10-13)
E-mail sede Castelfranco V.to: medicinanucleare.cfv@iov.veneto.it
Tel. Segreteria sede di Castelfranco V.to: 0423-421341 (h.9-13)

REGIONE DEL VENETO

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI MEDICO NUCLEARI non-PET/TC

Dati identificativi del/della paziente:

Cognome……... Nome……

data …… luogo di nascita……..

Esame medico nucleare richiesto……..

L'esame **non prevede/prevede** la somministrazione endovenosa di emoderivati (es macroaggregati di Albumina umana).

Il sottoscritto/a ……...dopo il colloquio con

il Dr……dichiaro in modo consapevole:

- di essere stata informato/a adeguatamente sulla necessità di sottopormi all'indagine richiesta dal medico curante.
- di essere stata informato/a che l'esame in oggetto prevede la somministrazione e.v. di un radiofarmaco cui fa seguito la rilevazione della sua distribuzione nel corpo mediante speciali apparecchiature.
- di aver ricevuto spiegazioni chiare e comprensibili su l'indicazione dell'esame proposto, le eventuali controindicazioni e i possibili effetti indesiderati, le modalità tecniche di esecuzione, le problematiche derivanti da un rifiuto alla sua esecuzione e le possibili alternative.
- di essere stato informato/a che la dose di radiazioni è paragonabile a quella di un esame radiologico e sulle norme di radioprotezione da seguire una volta terminato l'esame, con particolare riguardo a bambini e donne in stato di gravidanza.
- di essere a conoscenza di poter revocare il consenso in qualsiasi momento.
- di aver ottenuto risposta a mie richieste o chiarimenti e di essere soddisfatto delle risposte ricevute.

In base a quanto sopra consapevolmente e liberamente:

☐ **Acconsento** ad essere sottoposto a……

☐ **NON acconsento** ad essere sottoposto a……

li,…… ……
Firma del paziente o del legale rappresentante

Io sottoscritto Dr…… confermo di aver spiegato al paziente o al suo legale rappresentante, le modalità di esecuzione dell'esame medico nucleare richiesto, gli scopi, i benefici, i possibili rischi e complicanze, le eventuali alternative e di aver risposto alle domande rivoltemi. Lo stesso paziente o il suo legale rappresentante confermano la comprensione di quanto illustrato.

li,…… ……
Firma del medico che ha informato il paziente