



**Regione del Veneto**  
**Istituto Oncologico Veneto IRCCS**  
**Presidio Ospedaliero S.Giacomo di Castelfranco Veneto**  
**e-mail: [medicinanucleare.cfv@iov.veneto.it](mailto:medicinanucleare.cfv@iov.veneto.it) - tel 0423-421341**  
**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI MEDICO NUCLEARI**

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:

- 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 do poter revocare il consenso in qualsiasi momento.
- di aver ottenuto risposta a mie richieste o chiarimenti e di essere soddisfatto delle risposte ricevute.

**- la paziente (se in età fertile) dichiara di non essere in stato di gravidanza.**

In base a quanto sopra,consapevolmente e liberamente:

**Accenso** ad essere sottoposto a.....

**NON accenso** ad essere sottoposto a.....

Castelfranco V.to,.....

.....  
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 complicità, le eventuali alternative e di aver risposto alle domande rivoltemi. Lo stesso paziente o il suo legale rappresentante confermano la comprensione di quanto illustrato.

Castelfranco V.to,.....

.....  
Firma del medico  
Firma del medico che ha informato il paziente