

CO 003 – 25/01/2022

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL' ESAME DIAGNOSTICO TOMOGRAFIA
COMPUTERIZZATA**

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA.....

Donne in età fertile: dichiaro di NON essere in stato di gravidanza

Firma del paziente (o del genitore/tutore nei casi previsti dalla legge)

.....
IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME TC preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o le eventuali ulteriori indagini diagnostiche preliminari
AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA

Data _____

Firma del medico responsabile dell'esecuzione dell'esame TC

.....
**CONSENSO INFORMATO CONDIVISO E LIBERAMENTE ESPRESSO DAL PAZIENTE PER L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA.**

Dopo aver preso visione delle informazioni relative all'esame TC riportate nell'informativa, valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, ritengo di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni e sugli eventuali danni per la salute e per la vita legati all'esposizione ai raggi x generati dall'apparecchiatura TC. Pertanto consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data _____

Firma del paziente (o del genitore/tutore nei casi previsti dalla legge)
