

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME MAMMOGRAFIA**

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 MAMMOGRAFIA** 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 MAMMOGRAFIA**

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico responsabile dell'esecuzione dell'esame mammografia

\_\_\_\_\_

.....

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

Dopo aver preso visione delle informazioni relative all'esame RX 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 RX. 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)

\_\_\_\_\_