Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rappresentato ad ogni effetto di legge dal/dai genitore/i o dal rappresentante legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sottoscrittore/i del presente consenso informato.

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

**DESCRIZIONE E NOZIONI GENERALI**

L’esame di radiologia (Ortopantomografia e/o Endorali) si basa sull’erogazione di radiazioni ionizzanti.

In questa struttura gli esami mediante raggi X sono eseguiti nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica. Le dosi di radiazioni erogate per ogni singolo esame sono mantenute a livello minimo compatibile con una accurata diagnosi e comunque inferiori ai Livelli Diagnostici di Riferimento stabiliti dalle vigenti Direttive dell’Unione Europea. Il rischio radiologico è pertanto molto basso e sicuramente sovrastato dal beneficio diagnostico ricevuto dal paziente per un esame giustificato.

## 1. Le dosi assorbite durante gli esami eseguiti presso questa Struttura con l’apparecchiatura “ORTHOPHOS XG 3D”, sono paragonabili a quelle che riceviamo dall’ambiente naturale e variano dall’equivalente di qualche giorno a quello di qualche settimana di radiazioni naturali. Particolari precauzioni devono essere rivolte ai bambini, ai pazienti giovani e alle donne in gravidanza che corrono rischi potenzialmente superiori;

**2**. Il paziente deve sempre informare il medico specialista degli esami radiologici effettuati in precedenza e deve eventualmente metterli a disposizione (potrebbero infatti ritenersi superflui ulteriori accertamenti);

**3.** Il medico specialista dispone l’esecuzione dell’esame radiologico solo quando lo ritiene appropriato e giustificato in base alla situazione del singolo paziente;

**4.** Al fine di minimizzare i rischi per la salute, in questa Struttura gli esami radiologici sono eseguiti nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica. In particolare, solo se:

* vi è una richiesta diagnostica adeguatamente giustificata;
* non esistono esami diagnostici alternativi all’uso di radiazioni ionizzanti;
* non vi sono altri referti diagnostici validi (se il paziente possiede radiografie recenti deve metterle a disposizione del medico specialista).

**5**. L’apparecchiatura “ORTHOPHOS XG 3D” è sottoposta a:

* controlli di qualità giornalieri da parte del personale della Struttura;
* controlli di qualità periodici da parte di un esperto qualificato, a seguito dei quali è rilasciata specifica certificazione;
* misure idonee per determinare la minor dose di radiazioni compatibile con il risultato diagnostico necessario da parte di un esperto in fisica medica.

**6.** Le pazienti che non possono escludere di essere in stato di gravidanza devono segnalarlo al personale sanitario affinchè il medico specialista possa fare le opportune valutazioni.

Quanto sopra è in linea con la Tabella della IAEA riportata nelle Raccomandazioni per l’impiego corretto delle apparecchiature TC Volumetriche Cone Bean (GU Serie Generale n. 124, maggio 2010)

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo di esame dentale** | **Dose Efficace µSv** |
| Esame radiologico dentale intraorale | 1-8 |
| Esame panoramico dentale | 4-30 |
| Esame cefalometrico | 2-3 |

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di:

* genitore/i
* rappresentante legale (tutore, curatore, amministrazione di sostegno)

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiaro/iamo di essere stato/i informato/i e di aver compreso, nel corso del colloquio con il medico prescrittore, lo scopo e la natura diagnostica dell’esame radiologico, oltre che di aver acquisito consapevolezza riguardo ai rischi ed alle complicazioni che ne potrebbero derivare.

Presto/iamo pertanto il consenso all’esecuzione delle terapie che sono state illustrate e spiegate.

Il/i genitore/i o il Rappresentante Legale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr./Dott.ssa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_