

Scheda anamnesi e consensi RX-OPT MAMMOGRAFIA-MOC

Paziente nato/a a (.....) il/...../.....

Residente a(.....) . Via..... n CAP

Cod. fiscale Medico di base Medico prescrittore

Quesito clinico

Esame richiesto con mezzo di contrasto senza mezzo di contrasto

Valutazione Clinica - anamnestica

Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Gravidanza (certa o possibile)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Altre allergie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protesi mammarie (solo mammografia)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Pace-Maker o di Port-a-Cath. (solo mammografia)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Alla luce di quanto sopra il Radiologo ritiene l'esame idoneo **NON idoneo** alternativa suggerita

Data/...../..... Firma Radiologo

Da conservare da parte di Radiosalus

ANAMNESI

Scheda anamnesi e consensi RX-OPT MAMMOGRAFIA-MOC

CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE di RX tradizionale -OPT MAMMOGRAFIA- MOC

Che cosa è?

E' un'indagine che utilizza i Raggi X (radiazioni ionizzanti) per studiare diverse strutture anatomiche Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

Come si esegue

L'esame non è doloroso né fastidioso (talvolta l'esame mammografico, che comporta una lenta e progressiva compressione del seno, può essere fastidioso, raramente può essere doloroso)

Il paziente viene posizionato sull'apparecchio radiologico secondo le posizioni previste per lo studio del distretto in esame. Durante l'esecuzione il paziente è invitato a mantenere l'immobilità ed in alcuni casi a trattenere il respiro

Cosa può succedere – Eventuali complicanze

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame

Preparazione necessaria- Raccomandazioni

Prima dell'esame di solito non occorre alcuna preparazione. E' opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame.

ESPRESSIONE e DICHIARAZIONE di CONSENSO INFORMATO

Il paziente sopra identificato dichiara:

sono stato informato in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione e di aver ricevuto risposte chiare e comprensibili ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi e da reazioni avverse, che nel mio caso mi sono state debitamente illustrate. Mi è stato comunicato che sono state predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza. Pertanto:

Acconsento all'esecuzione dell'esame Non acconsento all'esecuzione dell'esame

Data _____

firma interessato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (Rif. Reg. UE 679/2016 in tema di tutela dei dati personali)

Il paziente sopra identificato dichiara:

Sono stato informato su:

1. le finalità e le modalità di trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;
2. i soggetti o le categorie ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, aziende ospedaliere, fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
3. il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione;
4. il nome del titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo dello stesso: Gianluca Passerini, Via Ischia I n.36 Grottammare (AP)
5. la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi, cura e trattamento alla struttura Radiosalus.

Data _____

firma interessato _____