

Unità Operativa di Medicina Nucleare
Responsabile: Dott. Arturo Chiti

ISTITUTO CLINICO
HUMANITAS
Istituto di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico



Gentile paziente,

troverà in allegato:

- il foglio informativo riguardante la preparazione e le modalità di esecuzione dell'esame
- il consenso informato all'esecuzione dell'esame.

Chiediamo gentilmente di riportare il consenso informato il giorno dell'esame, che vorrà firmare in presenza del personale del reparto.

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI

Informazione per il paziente

- Presentarsi in ospedale per l'accettazione un'ora prima dell'esame.
- Non è necessario stare a digiuno.
- E' possibile assumere la terapia medica abituale.
- Portare **tutta la documentazione precedente.**
- L'esecuzione dell'esame prevede una permanenza in reparto di almeno **3 ore.**
- Al termine dell'esame non sostare all'interno dell'Istituto (bar), ma uscire dall'ospedale senza soffermarsi in luoghi pubblici (supermarket, ristoranti). Evitare fino al giorno successivo vicinanza con donne gravide e bambini sotto i 12 anni.

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI MEDICO NUCLEARI

In base ai dati anamnestici e alla documentazione il Paziente è stato informato su:

1. indicazioni e appropriatezza dell'esame.....
2. controindicazioni e possibili complicanze
3. modalità esecutive dell'esame richiesto
4. difficoltà e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata esecuzione
5. possibili alternative

Firma del Medico

Io sottoscritto, rispondente ai dati anagrafici riportati in

etichetta **dichiaro** in modo consapevole di:

- **aver ricevuto informazioni adeguate circa** la necessità di sottopormi all'atto medico/esame richiesto in risposta al quesito del mio curante
- **aver compreso:** indicazioni e appropriatezza dell'esame proposto, controindicazioni e possibili complicanze correlate, informazioni di radioprotezione; modalità esecutive dell'esame proposto, difficoltà e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata o incompleta esecuzione; possibili alternative
- **aver fornito tutte le informazioni richieste per escludere** qualsiasi sospetto o dubbio di gravidanza in atto, consapevole che l'esame richiesto DEVE ESSERE RIMANDATO IN DONNE GRAVIDE in quanto non eseguibile per motivi di radioprotezione del feto
- **essere soddisfatto delle informazioni** ricevute

In base alle informazioni ricevute, in piena consapevolezza e libertà decisionale **esprimo il mio consenso** a sottopormi all'esame indicato sopra ed autorizzo l'Istituto Clinico Humanitas all'utilizzazione delle immagini prodotte a seguito dell'esame a scopi scientifici.

Data

Firma del Paziente
(o legale rappresentante #)

≠ Per i minorenni firma colui che ha la patria potestà sottolineando, in cartella clinica, che il paziente, per quanto possibile è stato adeguatamente informato. Il Tutore (per il paziente interdetto); Il Giudice Tutelare (in caso di paziente incapace); Il Giudice Tutelare (in caso di revoca della potestà genitoriale ed in caso di revoca tutelare).