

**Radiologia - San Fermo della Battaglia**
Direttore: dr. Lorenzo MoramarcoSegreteria 031.585.9236 / 9235 / 9775
radiologia.como@asst-lariana.it**Radiologia - Cantù**
Direttore: dr.ssa Rosa Maria MuracaSegreteria 031.799.402 - Fax 031.799.316
radiologia.cantu@asst-lariana.it**Radiologia - Menaggio****NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE**

Nome e Cognome _____ data di nascita _____

Quali sono le sue condizioni di salute?	
ESAME DIAGNOSTICO RICHiesto	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) SENZA MEZZO DI CONTRASTO
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	Esame effettuato utilizzando un'apparecchiatura a raggi x con radiazioni ionizzanti. Nella sala diagnostica sarà sempre controllato visivamente dagli operatori mediante un sistema di interfono potrà comunicare con gli operatori, qualora necessario.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Identificare la presenza di patologie riconducibili al quesito diagnostico.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati o avversi?	Non sono descritti eventi avversi. Essendo un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di una indicazione clinica specifica. Nelle donne in età fertile si deve escludere una gravidanza in corso. L'esposizione a radiazioni ionizzanti può costituire un pericolo per l'embrione o per il feto quindi le pazienti in stato di gravidanza certa o presunta devono ASSOLUTAMENTE darne comunicazione al Medico Radiologo.
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici, e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Risonanza Magnetica (RM) RX convenzionale, ecografia in considerazione del distretto corporeo da esaminare e del quesito clinico.
Conseguenze della revoca del consenso all'esame una volta avviato	Mancata refertazione e mancata diagnosi di patologia con complicanze per la salute del paziente.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
