

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER SCINTIGRAFIA MIOCARDICA**

[ ] DA STRESS [ ] PROVA DA SFORZO [ ] TEST FARMACOLOGICO

Cognome e nome dei medici specialisti:

Medico Nucleare Dott. \_\_\_\_\_

Medico Cardiologo Dott. \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Esercente la podestà genitoriale / la tutela di \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di aver ricevuto istruzioni riguardanti l'indagine medico nucleare in osservanza a quanto previsto dall'articolo 4 del D.Lgs. 187 del 26/05/2000 e s.m.i..

**CONFERMO/A** che i medici sopra citati mi hanno spiegato la finalità dell'indagine diagnostica a cui devo essere sottoposto/a, le modalità di esecuzione, i vantaggi previsti ed i possibili rischi connessi alla somministrazione dei farmaci.

**SONO STATO INFORMATO** dei disturbi che potrò avvertire durante l'esame, di avvertire immediatamente il personale del servizio qualora si presentassero sintomi quali:

- > dolore toracico, mancanza di respiro, dolore alle gambe, senso di mancamento, dei rischi legati alla prova da stress, del tipo di radiofarmaco che mi verrà somministrato.

**SONO STATO INFORMATO** circa la finalità dell'indagine diagnostica di Medicina Nucleare cui devo essere sottoposto/a, le modalità di esecuzione, i vantaggi previsti ed i possibili rischi connessi all'esame.

**SONO STATO INFORMATO** che dopo l'esecuzione dell'indagine a causa delle radiazioni, è assolutamente vietato stare a contatto con bambini e/o donne in stato di gravidanza e comunque lontano/a da luoghi affollati per un tempo di ore 48.

**SONO STATO INFORMATO** del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione e di avere avuto il tempo necessario per decidere.

**SONO STATO INFORMATO** circa i possibili benefici che ne potrei trarre e che la non esecuzione dell'esame determina una incompletezza nella diagnosi e quindi nella terapia che ne deriva.

**DICHIARA** di aver avuto l'opportunità di riflettere e di aver ricevuto comprensibili risposte.

**CONFERMO/A** di aver compreso le notizie informative e comportamentali che mi sono state fornite.

**DICHIARA DI ACCONSENTIRE** all'espletamento dell'indagine e quindi alla somministrazione del radiofarmaco e altri eventuali altri farmaci che si rendessero necessari. (ad esempio per test provocativi e di inibizione)

**DICHIARA** di essere stato/a visitato/a prima dell'indagine dal Cardiologo e dal Medico Nucleare i quali hanno accertato che non sono presenti eventuali controindicazioni all'esecuzione dello stesso.

**DICHIARA** di essere stato informato che durante l'esame il ritmo cardiaco e la pressione arteriosa saranno tenuti sotto controllo, inoltre sono presenti le apparecchiature necessarie per gestire qualsiasi urgenza clinica e che il personale presente è adeguatamente formato.

**Per le donne in età fertile**

**Escludo una gravidanza in atto e/o escludo una sospetta gravidanza al momento dell'esame Scintigrafico.**

In base a quanto sopra riportato **ACCONSENTO** ad essere sottoposto/a all'indagine scintigrafica.

Firma del Paziente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del testimone imparziale \_\_\_\_\_

(Solo se il paziente o il suo rappresentante legalmente riconosciuto non sono in grado di leggere DM n. 162 del 15/07/1997 art.4,8,9)

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_