

CASCIU Prof. Giovanni s.r.l.

CENTRO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

E

CENTRO DI DIAGNOSTICA APPARATO LOCOMOTORE CON RISONANZA MAGNETICA APERTA

Dir. San. Prof. Giovanni CASCIU

P.zza Galilei n. 19, 21 - CAGLIARI - 09128 - PIVA 01708490923 - TEL. 070480220-070480106

CONSENSO INFORMATO TC CONE BEAM

Cognome e Nome del paziente.....

Obiettivo dell'indagine.....

Scopo dell'esame.....

Tipo di esame richiesto: CBCT con FOV di diametro 8 x 8 cm

- Arcata dentaria superiore e inferiore Arcata dentaria superiore Arcata dentaria inferiore
 Emiarcata dentaria o gruppo dentario

L'immagine rilevata deve essere salvata in files formato DICOM su CD (sezioni di 1 mm; intervallo sezioni di 2 mm).

Verrà adottata la metodologia idonea ad impartire la dose minima al paziente compatibile con il risultato diagnostico idoneo per gli obiettivi indicati.

Per ogni singola rotazione la dose che le sarà somministrata sarà compresa tra 3-6 mGy.

Descrizione della tecnologia

La TC Cone Beam o tomografia computerizzata a fascio conico utilizza un fascio di raggi x di forma conica che consente di acquisire un ampio volume con notevole riduzione di dose di radiazioni a cui si espone il paziente rispetto ai sistemi TC convenzionali.

Qualità radiologica e rischi di esposizione

La tecnica TC Cone Beam grazie alla maggiore capacità di risoluzione dei rivelatori utilizzati e all'elevato contrasto intrinseco delle strutture ossee, consente di ottenere immagini di buona qualità di tali strutture con dosi di radiazioni assorbite inferiori di 5-20 volte quelle somministrate abitualmente da apparecchiature TC tradizionali. Poiché nessuna dose da radiazioni è trascurabile a priori, la informo che ogni esame radiologico con impiego di raggi X, espone il paziente al rischio stocastico di possibili lesioni future. Le lesioni possono essere di tipo ereditario o somatico (vale a dire interessa la prole e/o l'individuo stesso esposto) e possono insorgere anche dopo molto tempo dall'effettuazione dell'esame. Al fine di ottimizzare l'impiego dell'apparecchiatura informiamo che il personale addetto al suo impiego è adeguatamente formato in accordo all'art. 7, comma 8 del D.Lgs.187/00(*) e che l'apparecchio è sottoposto periodicamente ai controlli di qualità previsti ed è conforme alle norme di buona tecnica.

(*) D.Lgs. 187/00 e Documento della Commissione Europea – Radiation Protection n. 172 – Cone Beam CT for dental and **maxillofacial radiology (Evidence-based Guidelines)**.

La invito a sottoscrivere questo documento come dichiarazione di avere ricevuto informazioni sull'esame e di avere preso coscienza delle motivazioni alla base della mia prescrizione e delle possibili conseguenze per la sua salute insite nell'esame stesso, e della sua disponibilità a sottoporsi all'esame.

**Io sottoscritto.....esaurientemente informato/a dal
Dott./Dott.ssa_____sui rischi
concernenti l'effettuazione dell'esame con CBCT e sui benefici**

- ACCONSENTO di sottopormi all'indagine
- NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

Parte di competenza delle signore pazienti in stato di gravidanza certa o presunta, preventivamente informata dal Medico Responsabile sulla tipologia e sui possibili rischi dell'esame

Da compilare in caso gravidanza certa o presunta all'atto dell'esecuzione dell'esame

- ACCONSENTO di sottopormi all'indagine
- NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

Data

Firma del/la paziente o del genitore o tutore
