

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME PET-TC**

Paziente/utente:

Nome e cognome _____

Nato/a il _____ Luogo di nascita _____

ETICHETTA
DEL
DEGENTE**In caso di paziente minore:** **Genitori**

Nome e cognome del padre _____ data di nascita _____

Nome e cognome della madre _____ data di nascita _____

In caso di paziente con tutela: **Rappresentante Legale** **Amministratore di sostegno** **Tutore/Curatore** (come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato)

Nome e cognome _____ data di nascita _____

Nel caso di presenza di:**Interprete e/o Testimone** NO SI

dopo aver letto e compreso il FOGLIO INFORMATIVO/ISTRUZIONI PER L'ESECUZIONE DI PET-TC

 TOTAL BODY CON 18F-FLUORODESOSSIGLUCOSIO (FDG) TOTAL BODY CON 18F-FLUOROCOLINA CEREBRALE CON 18F-FLUORODESOSSIGLUCOSIO (FDG)

allegato alla presente

che corrisponde peraltro a quanto ampiamente spiegatomi a voce dallo Specialista Medico Nucleare

Dott. _____

con il quale ho avuto un colloquio e ho avuto l'opportunità di chiarire eventuali dubbi ed avere tutte le informazioni in merito all'indagine, date le indicazioni cliniche:

 ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

all'esecuzione dell'esame PET-TC.

Data _____

Ora _____

FIRMA DEL PAZIENTE

(o dei genitori e /o del rappresentante legale)

TIMBRO E FIRMA
DEL MEDICO NUCLEARE

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete

FIRMA INTERPRETE E/O TESTIMONE

PER LE DONNE IN ETA' FERTILE

Sono stata informata del fatto che, se esistesse un dubbio anche minimo di gravidanza in atto, l'esame dovrebbe essere rimandato per motivi radioprotezionistici, a meno di particolari indicazioni che lo rendessero comunque indispensabile. La sottoscritta **esclude** pertanto di avere una gravidanza in atto al momento dell'esame PET-TC. Sospendere l'eventuale allattamento al seno per almeno 24 ore dopo l'esame.

FIRMA DELLA PAZIENTE

(o dei genitori e /o del rappresentante legale)

TIMBRO E FIRMA
DEL MEDICO NUCLEARE

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete

FIRMA INTERPRETE E/O TESTIMONE

REVOCA del CONSENSO

Il sottoscritto _____ in data _____

Dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso precedentemente fornito e di essere pertanto a conoscenza delle probabili conseguenze derivanti dal mio rifiuto.

Firma del paziente _____
(o dei genitori e/o del rappresentante legale e /o interprete/testimone)

Timbro e Firma del Medico Nucleare _____

Il trattamento dei dati è conforme alle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D. lgs. 10/08/2018 n.101.

N.B.: In caso di mancata compilazione di questo documento, debitamente firmato, l'esame non verrà eseguito.