Radiografie · Giustificazione RX e CBCT

Con la domanda sulla gravidanza per le pazienti in età fertile · **OBBLIGATORIO**

> **Copia da leggere a casa.** Questo è il modulo che le chiederemo di firmare in studio. Lo legga con calma e annoti le sue domande: l'odontoiatra le spiegherà ogni punto prima della firma.

PAZIENTE _____ NATO/A IL _____

CODICE FISCALE _____ ESAME (ENDORALE, OPT, TELE, CBCT) _____

PRESCRITTO DA _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile dal dott./dott.ssa _____ su:

- ☐ il motivo clinico dell'esame (giustificazione) e il beneficio atteso per la diagnosi
- ☐ che la dose è bassa e ottimizzata e che viene usato il collare/grembiule piombato quando indicato
- ☐ per le pazienti in età fertile: ☐ NON sono in gravidanza ☐ potrei esserlo ☐ sono in gravidanza
- ☐ che in caso di gravidanza certa o possibile l'esame viene rinviato o fatto solo se indispensabile, con protezioni aggiuntive
- ☐ che le immagini restano nella cartella clinica e posso chiederne copia

Ho potuto porre domande e ho ricevuto risposte esaurienti. Ho avuto il tempo necessario per decidere. So di poter revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze sul rapporto con lo studio.

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

NOTE DEL CASO / DOMANDE DEL PAZIENTE

FIRMA DEL PAZIENTE FIRMA DELL'ODONTOIATRA LUOGO E DATA

Rif. normativo: D.Lgs. 101/2020, artt. 157 (giustificazione), 159 e 166 (gravidanza e allattamento) · L. 219/2017