

Per il Paziente/Utente:

Cognome	Nome	Data di nascita

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

si prescrive: CBCT arcate Sup CBCT arcata Inf Entrambe Particolare _____

Per il seguente motivo: _____

Allegare esami precedenti se eseguiti in altra sede ed eventuali visite specialistiche.

● **Descrizione della tecnologia e del rapporto rischio/beneficio (DLgs 187/2000)**

Con l'esame TC cone beam (CBCT) si ottiene una immagine tridimensionale che consentirà di stabilire un piano terapeutico con tutte le informazioni necessarie a ridurre al minimo la possibilità di errori nel piano clinico di trattamento. La necessità di separare piani anatomici sovrapposti e di osservare particolari da differenti direzioni richiedono la tecnologia di immagine 3D, di cui la CBCT rappresenta la soluzione a minima dose (la dose è da 5 a 20 volte inferiore a confronto a quella somministrata durante un esame "TC Dental Scan").

Va specificato che l'esame radiologico con CBCT comporta una "dose efficace" compresa tra 30 e 100 µSv (microSievert), mediamente dell'ordine di 1/20 del fondo annuo naturale di radiazioni. Per comprendere questo valore occorre sapere che equivale alla dose assorbita per 3 – 4 OPT tradizionali. Peraltro ogni esame Rx implica un indice di rischio come per ogni attività umana.

Le metodologie e tecniche scelte sono idonee ad ottenere il maggior beneficio clinico con il minimo detrimento individuale; tale valutazione viene riconsiderata annualmente.

Il consenso informato all'esecuzione di CBCT è previsto espressamente dalle Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche «Cone beam» del Ministero della Salute, pubblicate in G.U. Serie Generale n. 124 del 29/5/2010. Per questo motivo copia del consenso informato (debitamente compilato), dovrà essere consegnata all'UOC di Radiologia di Legnago il giorno dell'esame pena la non esecuzione dello stesso.

● **Consenso informato**

Io sottoscritto _____ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta che ho correttamente compreso. Acconsento inoltre al trattamento dei miei dati, che verranno raccolti ai soli fini diagnostici e di studio scientifico, per adempiere a specifici compiti istituzionali connessi con l'attività clinica, conservati nell'archivio radiologico e nel sistema informativo dell'UOC di Radiologia e presso i Servizi/Studi Odontostomatologici, trattati esclusivamente da personale autorizzato, vincolato dal segreto professionale e dal segreto d'ufficio.

Dichiaro di acconsentire all'indagine.

Legnago, _____ Firma _____

Tutore o Legale Rappresentante di _____

Io sottoscritto prescrivente, dott. _____, dichiaro di aver applicato tutti i criteri di giustificazione indicati all'art. 3 D. Lgs 187/2000 e G.U. Serie Generale n° 124 del 29/5/2010 e di non essere in possesso di altra documentazione radiologica pertinente.

Data: _____ Firma e timbro del Dr. Professionista e/o Prescrivente _____

Data: 27/04/2020	visto per approvazione	Direttore DMO: Mauro Bertassello
------------------	------------------------	----------------------------------