

**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 \_\_\_\_\_

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

Il trattamento dei dati personali è conforme alle disposizioni contenute nel **D.LGS. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali.**