



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER ESAMI CON MEZZO DI CONTRASTO (RM –TC – UROGRAFIA)

PREMESSO :

- che il medico non può intraprendere alcuna attività diagnostico-terapeutica senza il consenso del paziente;
- che il consenso deve essere consapevole ed esplicito (in forma scritta) allorché l'atto medico comporti rischio di morte o di permanente diminuzione dell'integrità fisica;
- che in presenza di esplicito rifiuto del paziente capace di intendere e di volere il medico è tenuto a desistere da qualsiasi atto diagnostico curativo, non essendo consentito alcun trattamento medico contro volontà del paziente ;
- che in un trattamento non consentito, ancorché non produttivo di conseguenze lesive, possa configurarsi l'ipotesi delittuosa di "violenza privata";
- che il consenso deve essere preceduto da idonea informazione del paziente da parte del medico richiedente per quanto riguarda l'opportunità dell'esame e le motivazioni della scelta di quel particolare esame e da parte del radiologo per quanto riguarda la natura della metodica, le modalità operative ed i rischi connessi all'indagine ;
- che l'informazione deve essere resa tenendo conto del livello di cultura e della capacità di discernimento da parte del paziente;
- che il consenso del paziente è un diritto personale non delegabile ai familiari in quanto l'assenso dei parenti non ha valore giuridico (al di fuori dei casi di podestà dei genitori e di tutela degli incapaci);
- che il consenso è revocabile in ogni momento e può essere condizionato a rispetto di condizioni preliminari da parte del paziente (es. per il tipo di mezzo di contrasto, etc.);
- che il consenso non viene conferito ad un singolo sanitario ma l'intera equipe.

TANTO PREMESSO

Il sottoscritto/a _____ edotto/a in modo dettagliato delle ragioni che, alla luce delle attuali conoscenze mediche, fanno ritenere necessaria, nella mia situazione clinica, l'indagine contrastografica e di tutti i possibili rischi connessi all'impiego del mezzo di contrasto, dichiaro di accettare di essere sottoposto/a all'indagine suddetta senza richiedere alcun vincolo particolare in merito alle procedure ed ai farmaci da impiegare (mezzo di contrasto, etc.)

Dichiaro, altresì, che mi sono stati forniti con linguaggio chiaro e comprensibile le alternative possibili e di essere stato edotto/a dei rischi e benefici che potrò ottenere sia nell'accettare sia nel rifiutare l'indagine contrastografica.

In maniera difforme da quanto a me esposto autorizza sin d'ora l'operatore ad utilizzare secondo scienza e coscienza metodiche alternative al fine di raggiungere un valido risultato diagnostico.

Effetti secondari indesiderati e manifestazioni di tipo anafilattico o tipo shock da medicinali : nausea, vomito, rossore diffuso, sensazione generalizzata di calore, cefalea, sintomi di corizza o di edema laringeo, febbre, sudorazione, astenia, vertigini, pallore, dispnea, lieve ipertensione, eruzioni cutanee di vario tipo, vasodilatazione periferica con ipotensione, tachicardia, stato di agitazione, cianosi, perdita di coscienza e raramente shock letale.

DEFINIZIONE DEGLI EFFETTI COLLATERALI : Dgls n° 44 del 18-02-1997 Art. 2 comma 5

- a) effetto collaterale negativo o reazione avversa: una reazione nociva e non voluta che si verifica alle dosi di medicinale normalmente somministrate all'uomo per la profilassi, la diagnosi o la terapia di un'affezione, o per modificare una funzione fisiologica;
- b) grave effetto collaterale negativo o reazione avversa grave: una reazione avversa ad esito letale, o una reazione avversa che minaccia la sopravvivenza, o che crea invalidità, incapacità o che provoca o prolunga il ricovero in ospedale;
- c) effetto collaterale inatteso o reazione inattesa: una reazione la cui natura o gravità non è indicata o non corrisponde a quanto riportato nel riassunto delle caratteristiche del prodotto;
- d) grave e inatteso effetto collaterale o reazione grave ed inattesa: una reazione grave e inattesa.

Benevento, _____

Firma _____