



TREVISO

## DICHIARAZIONE DI NON GRAVIDANZA

SERVIZIO DI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

Responsabile Dr. A. Guarise

Decreto Legislativo 26 maggio 2000, n. 187 Attuazione della direttiva 97/43/ EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche.

*Modificato dall'art. 39, Legge 1 marzo 2002, n. 39*

Gentile Signora, la informiamo che in questa struttura Ospedaliera l'indagine radiologica che Lei deve eseguire:

- Radiografia (del torace, degli arti etc.)
- TC (tomografia computerizzata)
- Densitometria
- Ortopantomografia

prevede necessariamente l'impiego delle Radiazioni (raggi x) l'esposizione a radiazioni in stato di gravidanza sono dannose all'embrione o al feto; anche se la dose erogata dalle attrezzature digitali del Servizio è molto ridotta rispetto a quella delle apparecchiature convenzionali, nonostante tali prestazioni sono eseguite nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica, potrebbe esserci il rischio se è in Gravidanza.

In caso di dubbio la sua prenotazione diagnostica verrà riprogrammata per una data in cui tale sicurezza sia completa.

Pertanto, in riferimento all'art.10 del D.L. 187/2000, che detta le norme per la Protezione Sanitaria contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti durante la gravidanza, Le chiediamo di compilare la seguente dichiarazione:

### DICHIARAZIONE

Essendo stata esaurientemente informata dei rischi derivanti dalla esposizione a radiazioni, la

sottoscritta .....

Nata a ..... il.....

Residente in..... Via ..... n.....

dichiara di non essere in stato di gravidanza, né di avere alcun dubbio di esserlo, al momento dell'esecuzione dell'esame ed accetta, di essere sottoposta al seguente esame radiografico .....

.....

In fede

Data..... Firma (leggibile) .....

➤ Nel caso in cui l'utente non sia nelle condizioni psico/fisiche di esprimere la propria Dichiarazione, e in caso di Minore la Dichiarazione è manifestata da chi esercita legalmente la patria potestà ovvero:

- Congiunto prossimo     Familiare     Convivente     Chi esercita la Patria Potestà
- Il Tutore     L'Amministratore di Sostegno

Cognome e nome .....

Data ..... Firma .....



TREVISO

## DICHIARAZIONE DI NON GRAVIDANZA

SERVIZIO DI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

Responsabile Dr. A. Guarise

Decreto Legislativo 26 maggio 2000, n. 187 Attuazione della direttiva 97/43/ EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche.

*Modificato dall'art. 39, Legge 1 marzo 2002, n. 39*

### **Minore Maturo:**

Sono stata infirmata sul percorso di diagnosi e terapia al quale verrò sottoposta. Ho potuto esprimere i miei dubbi ed ho ricevuto le risposte in modo a me chiaro e comprensibile.

Data ..... Firma del Paziente .....

Data ..... Firma del 1°Genitore\* .....

Data ..... Firma del 2°Genitore\* .....

\* *in caso di paziente minorenni, firmano di norma entrambi i genitori ed anche il minore stesso, se ha sufficiente capacità di ascolto e discernimento; analogo comportamento vale per il Paziente "incapace" e il suo tutore.*

Data ..... Firma del Legale Rappresentante\* .....

Firma del Medico (e timbro).....

*che ha verificato che il paziente abbia verificato quanto illustrato*