

## Consenso informato per i pazienti sui rischi derivanti dall'impiego di apparecchiature "TC volumetriche cone beam"

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CHE ESEGUE LA PROCEDURA			
Relazione clinica a motivazione dell'effettuazione dell'esame			
Altre informazioni riguardanti la giustificazione della pratica			
Dose che verrà somministrata			
Caratteristiche esame		Dose efficace _____ $\mu$ Sv	
In caso di necessità, contattare direttamente l'esperto in fisica medica (dottor Giuseppe Eulisse – cell. 3392803270 –mail giuseppe.eulisse@gmail.com)			
Data		Firma leggibile	

DA COMPILARE A CURA DEL PAZIENTE			
Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
<input type="checkbox"/> maggiorenne OPPURE <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> tutore di			
Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Io sottoscritto dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura della procedura diagnostica con impiego di apparecchiatura TC volumetrica cone beam cui sarò sottoposto e di avere altresì consapevolezza dei rischi che potrebbero derivare o essere connessi a tale procedura.			
Presto pertanto il mio consenso all'esecuzione della procedura diagnostica con impiego di apparecchiatura TC volumetrica cone beam.			
Data		Firma leggibile	