

## Consenso per esami radiologici in stato di gravidanza accertata o presunta

La sottoscritta Sig.ra .....

### dichiara

- di aver preso atto della necessità di essere sottoposta ad esame radiografico ..... per stabilire le proprie condizioni di salute secondo il parere del Medico prescrivente Dr. ....
- di essere stata informata che la regione sottoposta ad esame radiografico non comprende l'addome e che pertanto la dose che potenzialmente potrebbe raggiungere il feto è ampiamente inferiore al limite previsto dalle norme comunitarie e nazionali (<1mSv) in quanto per un esame del torace o delle estremità la dose presunta è inferiore a 0,01 mSv;
- di essere a conoscenza che l'esame sarà eseguito con la dovuta accuratezza e con la protezione adeguata delle regioni non esposte non essendo necessaria alcuna ulteriore precauzione;

### CONSENSO

Alla luce di quanto esposto, la sottoscritta ritiene pertanto di poter acconsentire a sottoporsi all'esame indicato, consapevole che ciò non aumenti il rischio per il nascituro.

Data ..... Firma del paziente.....

Firma del medico richiedente.....