

<Logo Studio>  
ALS Assistenza Lavoro Salute S.r.l.  
Via Brenno Cavallari, 21  
20013 MAGENTA - MI  
P.IVA 11447960961  
**Tel. 02-92865342 - 02-92865339**  
**Cell. 351-8334918**  
**mail: info@admagenta.it**

Magenta, <Data corrente>

**CONSENSO INFORMATO**  
**PER ESAME RADIOLOGICO ODONTOIATRICO ESEGUITO IN REGIME DI RADIOLOGIA**  
**COMPLEMENTARE**

Direttore Sanitario: **Dr. Demetrio Lamloum**

Nome e cognome Paziente: <Nome> <Cognome>

Età paziente: <Eta>

Precedenti esami radiologici CT dichiarati dal Paziente:

Si attesta che <Frases completa> è stato/a sottoposto/a dal medico Dr. / Dr.ssa <Cognome Op.> <Nome Op.> ad una visita clinica, comprensiva di indagine anamnestica, dalla quale emerge il seguente quesito clinico /diagnostico:

\_\_\_Valutazione volume osseo residuo e valutazione dimensioni seni mascellari. Complementare e indilazionabile al fine di stabilire il quadro diagnostico / anamnestico e un adeguato piano terapeutico.

\_\_\_Valutazione volume osseo residuo e valutazione dei rapporti tra elementi dentari e nai, valutazione forame mentoniero. Complementare e indilazionabile al fine di stabilire il quadro diagnostico / anamnestico e un adeguato piano terapeutico.

\_\_\_Valutazione rapporto elementi dentari e nai (nervo alveolare inferiore). Complementare e indilazionabile al fine di stabilire il quadro diagnostico / anamnestico e un adeguato piano terapeutico.

Tipologia di esame radiologico:

<Prestazioni>

Zona da sottoporre ad esame:

\_\_\_Arcata superiore

\_\_\_Arcata inferiore

Gentile Paziente, con il presente documento vogliamo renderLa edotta delle giustificazioni relative all'esame radiologico proposto, ai rischi associati e alle dosi.

In particolare, l'esame è effettuato solo se:

- vi è una richiesta diagnostica motivata;
- non esistono, in alternativa, altri esami senza che consentano una diagnosi così approfondita;
- non vi sono altri referti diagnostici recenti e validi (ragione per cui il paziente deve informare l'Odontoiatra se è in possesso di lastre radiografiche eseguite di recente per la stessa zona).

**DESCRIZIONE DELLA TECNICA:**

La **Tac volumetrica con tecnologia "Cone Beam" (CBCT)** è una tecnica tomografica computerizzata a raggi X dedicata alle applicazioni odontoiatriche. E' caratterizzata dall'acquisizione dell'immagine tridimensionale del volume da indagare con un'unica rotazione del complesso sorgente radiogena-rivelatore.

**RISCHIO PER IL PAZIENTE E DOSAGGIO:**

Premesso che ogni esame radiologico implica un indice di rischio associato e che lo stesso accade per ogni attività umana, si chiarisce che l'esame radiologico con CT odontoiatrica volumetrica a Cone Beam che si appresterà ad effettuare - comporta una dose di radiazioni superiore a quella assorbita con differenti esami odontoiatrici a raggi X. A riguardo, si specifica che la dose per l'esame radiologico CBCT è compresa in un valore fra 50 e 200 µSv.

<Logo Studio>

ALS Assistenza Lavoro Salute S.r.l.

Via Brenno Cavallari, 21

20013 MAGENTA - MI

P.IVA 11447960961

**Tel. 02-92865342 - 02-92865339**

**Cell. 351-8334918**

**mail: info@admagenta.it**

#### **GIUSTIFICAZIONE (art. 3, D.lgs. 187/2000):**

L'esame radiologico consentirà all'odontoiatra ad effettuare una diagnosi accurata e acquisire tutte le informazioni necessarie a ridurre al minimo la possibilità di errori nel piano clinico di trattamento.

L'adozione di sistemi di diagnosi alternativi, ma a dose minore, non consente la medesima qualità di immagine e presenta il rischio di errori di prospettiva e deformazioni geometriche ineliminabili in esami come ad esempio quello ortopantomografico. In particolare, la necessità di separare piani anatomici sovrapposti e quella di osservare particolari da differenti direzioni richiedono la tecnologia di immagine 3D, di cui la CBCT rappresenta la soluzione a minima dose.

Pertanto il rapporto tra rischi e benefici è valutato dall'odontoiatra sufficientemente basso da giustificare l'adozione dell'esame nel suo caso clinico.

#### **L'OTTIMIZZAZIONE (art. 4, D.lgs. 187/2000):**

Le metodologie e tecniche scelte, per le caratteristiche costruttive e per gli standard di scelta dell'apparecchio in sede di acquisto, sono idonee ad ottenere il maggior beneficio clinico con il minimo detrimento individuale: si ritiene pertanto che la pratica standard intrapresa sia preliminarmente ottimizzata. Tale valutazione viene riconsiderata annualmente.

Oltre alle considerazioni di ottimizzazione della pratica standard, la singola esposizione in oggetto è effettuata sotto la responsabilità e lo stretto controllo dell'prescrittore/esecutore (odontoiatra) il quale decide le varianti nella conduzione dell'esame. Egli valuta con attenzione i parametri di erogazione che è possibile variare: la tensione, la corrente, la risoluzione, i tempi da utilizzare e il volume da esaminare, scegliendo per questi parametri i valori più bassi compatibili con le necessità dell'indagine, e tenendo conto dell'età del paziente, della sua dimensione corporea e della necessità diagnostica. In tal modo la pratica può considerarsi anche individualmente ottimizzata.

#### **I CONTROLLI PERIODICI DELLA QUALITÀ (art. 8, D.lgs. 187/2000):**

Con frequenza annuale nell'ambito del programma di garanzia della qualità sono predisposti i controlli della qualità dell'apparecchiatura che includono la valutazione della dose somministrata e della qualità delle immagini.

#### **LA COMPLEMENTARIETÀ DELL'ESAME (art. 2, comma 1, lett. b, D.lgs. 187/2000):**

**L'esecuzione dell'esame ha le caratteristiche di contestualità con la pratica primaria odontoiatrica, di integrazione nella pratica stessa, nonché di indilazionabilità rispetto ad essa.** Ciò al fine del rispetto della complementarità della pratica radiologica, per cui la Legge non richiede la figura dello specialista in radiologia.

#### **LA FORMAZIONE DEL PERSONALE (art. 7, D.lgs. 187/2000):**

L'odontoiatria che esegue l'esame è formato periodicamente in materia di radioprotezione secondo il piano di formazione regionale. Egli dunque conosce rischi e benefici della pratica in oggetto, nonché le tecniche alternative esistenti.

#### **L'ARCHIVIAZIONE DELL'ESAME (art. 12, D.lgs. 187/2000):**

Le immagini digitali che costituiscono l'esame sono archiviate per la durata di 10 anni presso l'ambulatorio (pari al periodo di conservazione della Sua Cartella clinica) l'esame viene annotato su apposito registro degli esami radiologici.

**RICHIESTA IMMAGINI ESAME:** Le immagini digitali (iconografia - su CD o chiavetta) potranno essere rilasciate in qualsiasi momento su richiesta scritta del Paziente.

#### **IL CONSENSO INFORMATO:**

Il consenso scritto all'esecuzione di CT odontoiatrica con tecnologia a Cone Beam è previsto espressamente dalle Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche «Cone Beam» del Ministero della Salute, pubblicate in G.U. Serie Generale n. 124 del 29/5/2010. Letta l'informativa, e compreso il rischio e il beneficio derivante dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti.

<Logo Studio>  
ALS Assistenza Lavoro Salute S.r.l.  
Via Brenno Cavallari, 21  
20013 MAGENTA - MI  
P.IVA 11447960961  
**Tel. 02-92865342 - 02-92865339**  
**Cell. 351-8334918**  
**mail: info@admagenta.it**

il Paziente <Frases completa>

## DICHIARA

- di **non essere in stato di gravidanza certa o presunta;**

- di aver ricevuto informazioni sull'esame e di avere preso coscienza delle motivazioni alla base della prescrizione e delle possibili conseguenze per la salute insite nell'esame stesso;

- che gli operatori medici del Centro dontoiatrico hanno fornito comprensibili, ampie e chiare informazioni in ordine alle problematiche cliniche, diagnostiche e terapeutiche del caso sotto esame; anche mediante illustrazione dei trattamenti sanitari da porre in atto od in corso, fasi o sedute necessarie, eventuali alternative di cura possibili, i rischi principali e le eventuali conseguenze, contro-indicazioni e/od effetti collaterali. In particolare sulla giustificazione, appropriatezza ed ottimizzazione dell'indagine radiologica mediante tecnica "TC Cone Beam".

## AUTORIZZA

All'esecuzione dell'esame proposto con esposizione a radiazioni ionizzanti.

Firma paziente <Cognome> <Nome>

---

Magenta, <Data corrente>

Firma Odontoiatra

---

Dr. <Cognome Op.> <Nome Op.>

<Dati Fiscali Op.>

Magenta, <Data corrente>

La presente nota informativa è stata consegnata al/alla paziente in data <Data corrente>. Una copia è conservata nell'archivio del Centro Odontoiatrico ADM.