

CONSENSO INFORMATO ALLA TERAPIA RADIOMETABOLICA AMBULATORIALE CON IODIO 131 PER LA CURA DELL'IPERTIROIDISMO

Io sottoscritto/a _____

nata/o nata/o a _____ il _____

dichiaro di essere stata/o informata/o in modo dettagliato con termini e modi a me comprensibili sulle modalità di esecuzione, sulle finalità e sui possibili rischi connessi alla terapia con Iodio 131, in relazione alla patologia tiroidea di cui sono affetta/o, al quale verrò sottoposta/o.

Ho potuto porre al medico le domande che ritenevo importanti, in particolare per quanto riguarda rischi ed eventuali complicazioni relative all'indagine.

Mi è stato concesso un tempo ragionevole per la riflessione, in seguito alla quale dichiaro di non avere ulteriori domande, di essere completamente d'accordo e consapevole della necessità di questo esame per la mia salute e dichiaro di sottopormi volontariamente al trattamento radiometabolico con Iodio 131.

Mi impegno, inoltre, ad osservare scrupolosamente le raccomandazioni comportamentali, che mi verranno impartite prima dell'assunzione del radioiodio, al fine di ridurre il più possibile la dose di radiazione a me stessa/o ed agli altri.

Per le donne in età fertile:

Escludo presunta gravidanza o gravidanza in atto al momento della terapia.

Sono al corrente del fatto che, qualora esistesse un dubbio anche minimo di possibile gravidanza, dovrò informare il medico specialista per eventuale rinvio della terapia per motivi radioprotezionistici.

Bolzano, li _____

Firma del/della paziente
(o del/della Rappresentante legale)

Timbro e Firma del medico

☐ si consegna brochure informativa

Autorizzazione al trattamento dei dati personali per scopi scientifici per studi retrospettivi

Il/la sottoscritto/a autorizza la raccolta, l'elaborazione e la pubblicazione dei propri dati, resi anonimi, in ambito di ricerca per scopi scientifici.

Bolzano, li _____

Firma del/della paziente _____