**Consenso informato all’effettuazione di esami odontoiatrici mediante la tecnica TC volumetrica.**

**Giustificazione all’esame**.

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è stato sottoposto dal medico Prof. Maurizio Grande ad una visita clinica, da cui emerge il seguente aspetto clinico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meritevole di approfondimento diagnostico . In accordo alla Linea Guida Europea, risulta giustificato ricorrere all’impiego della CBCT in uso presso questa struttura sanitaria marca VATECH; modello Pax 3D Green

**Descrizione della tecnologia**

La TC volumetrica con tecnologia “Cone Beam” è una particolare apparecchiatura per tomografia computerizzata a raggi X dedicata alle applicazioni odontoiatriche.

**Qualità tecnologica e rischi di esposizione**

L’apparecchiatura Vatech Pax 3D Green in dotazione presso il nostro studio ha una particolare tecnologia che riduce la dose di radiazioni dell’80 % in meno rispetto ad un TAC convenzionale pur mantenendo una ottima definizione delle immagini

Tuttavia nessuna dose di radiazioni va trascurata a priori, pertanto la informiamo che ogni esame radiologico con impiego di raggi X, espone il paziente al rischio di possibili lesioni future.

**Io sottoscritto............................................................ esaurientemente informato dal dott. Maurizio Grande sui rischi connessi l’effettuazione dell’esame con CBCT e sulla sua necessita’**

**\_\_ ACCONSENTO di sottopormi all’indagine**

**\_\_ NON ACCONSENTO di sottopormi all’indagine**

**Dichiaro altresi’ di non essere in gravidanza ne‘ certa ne‘ sospetta**

**Roma li…………………………………… Firma del paziente o del tutore**

 **----------------------------------**

**La presente nota informativa sono consegnati al paziente in data odierna. Una copia della nota è conservata dallo studio dentistico del Prof. Grande Maurizio.**