LC STUDIO ODONTOIATRICO
Dott. Lorenzo Cavallucci

Via Anastagi, 19 - 48121 Ravenna
C.F. CVL LNZ 85P21 H199W
P.IVA 02358580393
Tel. 0544 38038
e-mail: cavalluccilorenzo@gmail.com

CONSENSO INFORMATO PER TC VOLUMETRICA CONE BEAM

Paziente _____

Motivi dell'esecuzione dell'es ame CBCT:

_____

_____

_____

_____

Ritengo pertanto che l'esame sia giustificato e verrà ottimizzato per le informazioni necessarie.

Per quanto sopra specificato è necessario eseguire la CBCT, un esame radiologico che ci permette di vedere le strutture anatomiche e le eventuali lesioni con tecnica tridimensionale.
Questo esame richiede l'uso di raggi X che potenzialmente sono dannosi per la salute.
Tuttavia l'apparecchiatura da noi utilizzata per eseguire questo esame, MYRAY HYPERION X5 3D, sfrutta una tecnologia all'avanguardia (la tecnologia tomografica Cone Beam) che ci permette di ottenere esami radiografici tridimensionali con una minore dose di radiazioni (rispetto alla TAC tradizionale) che per questo esame radiografico è stimabile in:
8 mGy (dose assorbita per ogni scansione)

Il sottoscritto _____ dichiara di aver letto questo consenso e di aver compreso il rischio e il beneficio derivante dalla esposizione alle radiazioni ionizzanti.

DICHIARA DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA **SÌ ☐ NO ☐**

DI AVER ESEGUITO RADIOGRAFIE NON ODONTOIATRICHE NELL'ULTIMO ANNO **SÌ ☐ NO ☐**

Presta pertanto il suo assenso alla esposizione alle radiazioni ionizzanti per la esecuzione della TC CONE BEAM.

Data _____

Firma del paziente (o del genitore per il minore) _____

Firma del medico odontoiatra _____