



DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

SERVIZIO DI RADIOLOGIA DI.....

Moi soussignée M.me....., née le//.....

OPPORTUNEMENT ENFORMEE DE LA PART DU STAFF MEDICAL DE RADIOLOGIE SUR LES RISQUES DES EXAMENS RADIOLOGIQUES DANS LE CAS DE GROSSESSE

DECLARE QUE:

- JE SUIS** ENCEINTE
- JE NE SUIS PAS** ENCEINTE
- JE NE SAIS PAS** ET DONC:

JE REFUSE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

J'ACCEPTE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Signature de la patiente

.....

DATE//.....