



Studio Dr. Pietro Verri

Odontoiatra e Protesista Dentale • Perfezionato in Parodontologia Clinica e Peri-Implantologia
Via Colonnello Elia 34/A, Borgagne (LE) • Via Clementina Palma 70, Maglie (LE) • Tel. 328 837 4617
info@studioverri.com • www.studioverri.com • Iscr. Albo Odontoiatri Lecce n. 545

CONSENSO INFORMATO — RADIOGRAFIE DENTALI 2D/3D

Radiografia endorale • Ortopantomografia (OPT) • CBCT • Teleradiografia

Le radiografie odontoiatriche sono strumenti diagnostici fondamentali, eseguiti con dosi di radiazioni molto basse, secondo il principio ALARA (As Low As Reasonably Achievable) e in conformità al D.Lgs. 101/2020.

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome	
Data di nascita	
Codice Fiscale	

TIPOLOGIE DI INDAGINE E DOSI

- Radiografia endorale digitale: 1–8 μ Sv
- Ortopantomografia (OPT) 2D: 9–26 μ Sv
- Teleradiografia laterale del cranio: 5–10 μ Sv
- CBCT 3D (Cone Beam CT): 40–600 μ Sv secondo il campo di vista
- Radiazione naturale di fondo in Italia: circa 3.000 μ Sv/anno (~8 μ Sv al giorno)

MISURE DI RADIOPROTEZIONE

- Grembiule in piombo (obbligatorio per i bambini)
- Collare tiroideo in piombo
- Sensori digitali (riduzione della dose del 50–80%)
- FOV minimo necessario per la CBCT
- Giustificazione individuale di ogni indagine

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Da comunicare sempre

In caso di gravidanza accertata o sospetta, comunicarlo SEMPRE prima dell'indagine. Le radiografie endorali con grembiule e collare in piombo sono considerate sicure se clinicamente necessarie; la CBCT viene posticipata al post-parto salvo urgenza. L'allattamento non è una controindicazione.

- Radiografie endorali: autorizzate con questo consenso per tutto il trattamento
- OPT e CBCT: informazione specifica prima di ogni esecuzione
- Bambini: grembiule e collare in piombo obbligatori



SCANSIONA

Versione estesa del consenso

Scansiona il QR code o visita il link per leggere la versione completa del consenso informato per Radiografie Dentali 2D/3D, comprensiva di tutte le procedure, i rischi dettagliati e le alternative.

<https://www.studioverri.com/consensi/radiografie-2d-3d-esteso.pdf>

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto e compreso le informazioni relative alla procedura proposta, ai benefici attesi, ai possibili rischi e alle alternative disponibili. Dichiara di autorizzare l'esecuzione delle radiografie endorali eventualmente necessarie per la diagnosi e il monitoraggio del trattamento. Pertanto autorizza l'esecuzione della terapia proposta.

Borgagne / Maglie, _____

Firma del Paziente: _____

Firma dell'Odontoiatra: _____

Firma Collaboratore/Igienista: _____