



POLO RADIOLOGICO ECOGRAFICO SOMMESE
Direttore Sanitario: Dr.ssa Silvia Campagnari

TC volumetrica CONE BEAM

Documento in n. 3 pagine redatto in accordo con Raccomandazioni Ministeriali per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche "Cone Beam" (G.U. Serie Generale n.124 del 29 maggio 2010)

INFORMAZIONI

COS'E'

La TC volumetrica con tecnica CONE BEAM (CBCT) è un'indagine che utilizza un'apparecchiatura TC a Raggi X (radiazioni ionizzanti) per studiare strutture anatomiche di interesse odonto-maxillo-facciale.

La TAC con tecnica CONVENZIONALE utilizza un fascio ristretto a ventaglio che ruota attorno alla testa del paziente, acquisendo sottili sezioni assiali per ogni rotazione. Quindi, per visualizzare una sezione anatomica, si devono completare molte rotazioni (con uno o più sensori dedicati). A causa di queste ripetute acquisizioni, le TAC CONVENZIONALI impiegano una dose elevata di radiazioni e possono, talvolta, dare informazioni non sempre accurate; un software dedicato deve colmare le immagini troppo generiche e calcolare i dati mancanti.

Invece la tecnologia TC CONE BEAM, utilizzata presso questa Struttura, impiega un fascio a forma conica per ottenere un'immagine tridimensionale del volume da indagare effettuando un'unica rotazione del sistema Sorgente-Rivelatore. Il risultato sarà un'immagine più accurata, che contiene una serie completa di informazioni ed è ottenuta con un tempo di esposizione ai Raggi X considerevolmente inferiore rispetto ad una TAC convenzionale, quindi con una dose al paziente da 5 a 20 volte inferiore.

L'apparecchio impiegato presso questa Struttura è Newtom Giano, che permette di scegliere le dimensioni del volume da esaminare tra 6 diverse misure (6 FOV) e possiede un software (NNT) che consente di rielaborare i dati acquisiti durante la scansione per creare una vasta gamma di immagini 2D e 3D con una scala di grigi a 16-bit.

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di indicazione clinica specifica; inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

Stima della dose efficace di radiazioni necessaria per l'esame: compresa nell'intervallo 20-80 microSv.

A COSA SERVE

L'esame viene utilizzato per la valutazione delle arcate dentarie, delle ossa mandibolari e mascellari, per lo studio delle cavità nasali e dei seni paranasali.

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene posizionato (preferibilmente in piedi) davanti all'apparecchio e durante l'esecuzione è invitato a mantenere l'immobilità.

COMPLICANZE IMMEDIATE E RISCHI

Non esistono complicanze immediate legate all'esecuzione dell'esame, tuttavia gli esami con impiego di radiazioni ionizzanti espongono il paziente ad un rischio stocastico di possibili lesioni anche a distanza di tempo, che in termini di probabilità di insorgenza presentano una relazione diretta con la dose, mentre rispetto alla gravità risultano indipendenti dalla stessa. Gli effetti possono essere di tipo somatico (oncologico) o ereditari (possibili effetti sulla prole).

Inoltre, le radiazioni ionizzanti sono dannose per il feto, quindi l'esame non va effettuato in caso di gravidanza accertata o dubbia.

- Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti* che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra riportato:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

ad essere sottoposto/a all'indagine proposta.

Data _____ Firma paziente(o genitore o tutore) _____ ✓

Donne in eta' fertile: DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Data _____ Firma paziente _____ ✓

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il Medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il Suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____ Firma paziente _____ ✓

Firma del Medico Radiologo che ha fornito le informazioni..... **X**

Firma eventuale interprete.....

Spazio riservato ai TSRM

DAP