



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Direttore: Dr. Salvatore Falcone
U.O.S. Salute Ambiente

RACCOMANDAZIONI PER L'IMPIEGO CORRETTO DELLE APPARECCHIATURE TC VOLUMETRICHE CONE BEAM

(G.U. serie generale n.124 del 29.05.2010)

Struttura odontoiatrica: _____

1. Possiede una CBTC (TC Cone Beam)?

SI NO

2. Se sì, la comunicazione dell'apparecchiatura è stata effettuata in data _____

3. Con quale frequenza vengono effettuati i controlli? _____

4. Per le CBCT, viene effettuata la verifica periodica della dose e della qualità dell'immagine da parte di un esperto in fisica medica? Indicare il nominativo dell'esperto in Fisica Medica incaricato dei controlli.

("Deve essere assicurata la verifica periodica della dose somministrata e della qualità delle immagini, avvalendosi della collaborazione di un esperto in fisica medica nell'ambito del programma di garanzia della qualità" Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche Cone beam, Ministero della Salute. GU n. 124 del 29/05/2010)

SI NO

Esperto in Fisica Medica _____

5. Rispondenza ai criteri minimi di accettabilità (solo alcuni parametri)

- Esattezza della tensione

Taratura del quadrante: la deviazione massima del valore indicato dal valore effettivo deve essere minore di $\pm 10\%$.

SI NO

- Qualità della radiazione

Apparecchio dentale: per tensioni del tubo nel campo 50 – 70 kV, la potenza specifica emessa deve essere di 30 – 80 μ Gy/mAs ad 1 metro dal fuoco. SI NO

- Ortopantomografo per cefalometrie: con una filtrazione totale di 2,5 mm Al, la radiazione emessa dovrebbe essere maggiore di 25 μ Gy/mAs ad 1 metro per un funzionamento a 80 kV reali.

SI NO

6. Come vengono registrati gli esami eseguiti con l'ortopantomografo o con CBCT?

7. È stata effettuata formazione specifica e conseguentemente acquisito attestato per l'impiego dell'apparecchio CBTC? (Allegare attestato di formazione specifica all'impiego dell'apparecchio).

SI NO



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica
 Direttore: Dr. Salvatore Falcone
 U.O.S. Salute Ambiente

8. Per gli esami con CBCT, si acquisisce il consenso informato firmato dal paziente, con relazione clinica di giustificazione dell'esame? (allegare il modello del consenso)

("L'utilizzo delle apparecchiature TC volumetriche Cone beam deve prevedere:

- *Piena giustificazione dell'esame. Tutti gli esami effettuati in attività di radiodiagnostica di ausilio al medico specialista o all'odontoiatra devono risultare giustificati singolarmente, e pertanto devono risultare correttamente valutati i potenziali benefici al paziente rispetto ai possibili rischi; a seguito di tale valutazione i vantaggi devono risultare superiori a i rischi, tenendo conto del possibile uso alternativo di tecniche che comportino una minore o nulla esposizione a radiazioni ionizzante;*
- *Obbligo di preventiva acquisizione del consenso informato scritto. In tale documento devono essere in modo facilmente comprensibile e chiaro portati a conoscenza del paziente i rischi connessi all'esposizione a fronte dei benefici attesi; il documento deve altresì contenere una relazione clinica a motivazione dell'effettuazione dell'esame e le altre informazioni riguardanti la giustificazione della pratica e l'indicazione della dose che verrà somministrata." Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche Cone beam, Ministero della Salute. GU n. 124 del 29/05/2010).*

SI

NO

Consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e che mendaci dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, costituiscono reato punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000), sotto la sua responsabilità dichiara che le suddette dichiarazioni corrispondono a verità.

LUOGO E DATA _____

IL RESPONSABILE DELLE APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE:

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Firma</i>
----------------	-------------	--------------

IL LEGALE RAPPRESENTANTE:

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Firma</i>
----------------	-------------	--------------

IL MEDICO ODONTOIATRA:

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Firma</i>
----------------	-------------	--------------

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it>.

Data _____ Firma del dichiarante _____