



Dipartimento per Immagini e Radiologia Interventistica
Direttore Dr. F. Musante

Per urografia endovenosa, TAC con m.d.c., TAC torace– escluso HRTC (Tac del torace ad alta risoluzione) -, TAC addome e tutte le prestazioni che usano mezzo di contrasto iodato.

Il/la Sig/Sig.ra..... affetto da

Eseguirà L'indagine è indicata e insostituibile, ai fini diagnostici e di una corretta impostazione della terapia. In ottemperanza alla Nota Ministero Sanità del 17.09.97 sulla utilizzazione dei mezzi di contrasto è indispensabile essere informati sugli elementi anamnestici o clinici relativi a:

- Comprovato rischio allergico a contrasti iodati SI NO
o a qualsiasi altra sostanza (specificare)

Se risultano segnalate allergie contattare almeno 3 giorni prima della data di prenotazione la segreteria del Servizio c/o il quale verrà eseguito l'esame

- Forme di grave insufficienza cardio-vascolare SI NO
 Paraproteinemia o mieloma multiplo SI NO
 Fattori predisponenti l'insufficienza renale (diabete, SI NO
gotta, cirrosi epatica, uso di farmaci nefrotossici,
precedente chirurgia renale)
 Creatininemia (indicare il valore dell'esame eseguito
entro i 3 mesi precedenti la data di prenotazione dell'esame con MdC)

ALLEGARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE (radiografie ed ecografie) INERENTE LA PATOLOGIA

FIRMA DEL MEDICO CURANTE

Consenso informato all'esecuzione di esami radiologici con iniezione di mezzo di contrasto per via endovenosa.

Io sottoscritto/a.....dichiaro aver correttamente inteso quanto illustrato nella scheda informativa e accetto di sottopormi all'esame con somministrazione di mezzo di contrasto. Mi è stato spiegato che tale indagine, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza. Tali complicanze possono assai raramente ed imprevedibilmente risultare letali (circa 1 caso su 200.000 iniezioni).

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto risposte esaurienti.

Alessandria, li _____ Firma del paziente _____
(Firma del genitore o tutore) _____

Preso atto e verificato direttamente dal paziente di quanto riportato e sottoscritto dal medico curante: timbro e firma del Medico Radiologo