

**CONSENSO INFORMATO PER ESAMI CON RADIAZIONI IONIZZANTI,
SENZA/CON SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO**

(Data ultima revisione: 09/07/2020)

Io sottoscritto/a..... nato/a a

il.....

(*genitore o tutore legale di

sono stato informato che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di un **Esame che utilizza radiazioni ionizzati senza/con somministrazione di Mezzo di Contrasto Iodato.**A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni fornitemi inerenti i benefici attesi dall'esame e le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili; consapevole del mio diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento l'esame nonché delle conseguenze derivanti dalla scelta, **in piena coscienza, acconsento** all'esecuzione dell'esame sopra indicato.

Data.....

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

.....

-

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA (per donne in età fertile) SI NO

Data.....Firma della Paziente.....

.....

-

PREMEDICAZIONE

(Pazienti ricoverati)

Io sottoscritto/a.....dichiaro di aver somministrato al Paziente

la premedicazione **antiallergica** **nefroprotettiva** come da

indicazioni.

Timbro e firma del Medico prescrivente

.....

Data.....

Timbro e firma del Medico Radiologo.....

.....

REVOCA CONSENSO



Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore
.....

del giorno **revoco il consenso** all'esecuzione dell'esame sopra
indicato, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

.....

Timbro e firma del Medico

Radiologo.....