CASA DI CURA VILLA GEMMA
POLIAMBULATORIO
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

CASA DI CURA VILLA BARBARANO
POLIAMBULATORIO
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

MODULO DI RICHIESTA DI ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO IODATI / PARAMAGNETICI e di altro tipo (nota del17/09/97 del Ministero della Sanità)

ETICHETTA IDENTIFICATIVA nome e cognome del paziente dati anagrafici	MEZZO DI CONTRASTO ETICHETTA + QUANTITA'

ESAME RICHIESTO: _____

INQUADRAMENTO CLINICO E QUESITO DIAGNOSTICO _____
_____
_____

INDAGINI GIA' ESEGUITE _____
_____

(IMPORTANTE: PORTARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE CLINICA E RADIOLOGICA PRECEDENTE RIGUARDANTE IL QUESITO DIAGNOSTICO)

VALORE CREATININA (obbligatorio e non più vecchio di 1 mese; allegare esame di laboratorio)_____
_____

Gentile Collega per procedere all'esame richiesto e per non sottoporre il paziente ad esami inutili Ti preghiamo di **escludere** o **confermare** sulla scorta dei dati clinici e anamnestici in Tuo possesso la presenza - nel paziente in oggetto- delle seguenti patologie

1. comprovato rischio allergico ai mezzi di contrasto ☐ si ☐ no ☐ non noto
2. insufficienza epatica ☐ si ☐ no
3. insufficienza renale* ☐ si ☐ no
4. insufficienza cardio vascolare ☐ si ☐ no
5. paraproteinemia ☐ si ☐ no
6. diabete ☐ si ☐ no
7. asma bronchiale ☐ si ☐ no
8. altre forme allergiche: ☐ si ☐ no ☐ non noto
9. specificare _____
10. trattamento farmacologico ☐ si ☐ no
    - Beta Bloccanti ☐ si ☐ no
    - Biguanidi ☐ si ☐ no
    - Interleuchina2 ☐ si ☐ no

* Ti chiediamo di espletare i seguenti esami: filtrato glomerulare

Sistema Sanitario Regione Lombardia
Sede Legale: Brescia, via Crocifissa di Rosa, 3 - Partita IVA 00303450175 – Cap.Soc. € 104.000 www.villagemma.it

Il paziente è stato reso edotto dei rischi inerenti l'indagine diagnostica richiesta con l'uso di mezzo di contrasto per via iniettiva (organo jodato/ gadolinio ecc.)

Per esami eseguiti ambulatorialmente:
firma e timbro del Medico Curante (MMG) _____
Tel. _____

Per esami eseguiti in degenza:
firma e timbro del Medico richiedente _____

CONSENSO INFORMATO
Io sottoscritto _____
avendo avuto un esauriente colloquio informativo con il Medico Curante e col Medico Radiologo sul tipo di trattamento diagnostico/terapeutico proposto, sui rischi e sulle complicanze insite nella procedura in oggetto che prevede l'uso per via iniettiva di mezzo di contrasto (jodato,paramagnetico, ecc), sulle possibili alternative clinico/diagnostiche e sulle possibili conseguenze in caso di rifiuto a sottopormi all'esame propostomi, avendo ottenuto chiarimenti esaustivi ai fini della mia consapevole scelta ed essendo conscio che l'esame a cui mi sto sottoponendo non è completamente esente da rischi e da reazioni avverse -come mi è stato adeguatamente illustrato- dichiaro di aver formulato la consapevole scelta di sottopormi liberamente e volontariamente alla procedura diagnostico/terapeutica e ad ogni altra prestazione che si rendesse necessaria qualora insorgessero complicazioni inerenti all'indagine .

DICHIARAZIONE AGGIUNTIVA PER LE DONNE IN ETA' FERTILE:
Sono stata messa al corrente del fatto che se esistesse il sospetto anche minimo di gravidanza in atto l'esame dovrebbe essere rimandato per motivi protezionistici ed escludo qualsiasi sospetto di gravidanza in atto al momento dell'esame radiologico a cui voglio sottopormi.

- ◻ acconsento
- ◻ non acconsento

all'indicazione ad essere sottoposto alla seguente procedura diagnostica e/o terapeutica:

- ◻ TAC con mezzo di contrasto
- ◻ RMN con mezzo di contrasto

Data, _____ora _____

Firma del paziente o rappresentante legale _____
CONSULENZA PREVENTIVA DELL'ANESTESISTA
_____
_____

firma e timbro dell'Anestesista _____

firma e timbro del Radiologo _____

Sistema Sanitario Regione Lombardia
Sede Legale: Brescia, via Crocifissa di Rosa, 3 - Partita IVA 00303450175 – Cap.Soc. € 104.000 www.villagemma.it

ETICHETTA IDENTIFICATIVA

Il presente consenso non riporta la firma del paziente a causa di:	
◻ **procedura in stato di necessità** (paziente sedato, incosciente, situazione di urgenza/emergenza, assenza di tutore/legale, rappresentante, ecc.) **Motivazione** _____ _____	Data _____ **Timbro e firma del medico**
◻ **impossibilità del paziente a firmare** (paziente con fratture, analfabeta, tetraplegico, ecc.) **Motivazione** _____ _____ _____ _____	Data _____ **Timbro e firma del medico** Il testimone garantisce che il paziente dà liberamente il proprio consenso informato **Nome/Cognome e firma del Testimone** **Ruolo** _____

Sistema Sanitario Regione Lombardia
Sede Legale: Brescia, via Crocifissa di Rosa, 3 - Partita IVA 00303450175 – Cap.Soc. € 104.000 www.villagemma.it