

**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 | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> non noto |
| 2. insufficienza epatica | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | |
| 3. insufficienza renale* | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | |
| 4. insufficienza cardio vascolare | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | |
| 5. paraproteinemia | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | |
| 6. diabete | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | |
| 7. asma bronchiale | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | |
| 8. altre forme allergiche**: | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> non noto |
| 9. specificare _____ | | | |
| 10. trattamento farmacologico | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | |
| Beta Bloccanti | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | |
| Biguanidi | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | |
| Interleuchina2 | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | |

* Ti chiediamo di espletare i seguenti esami: filtrato glomerulare

** Inviare preventivamente la visita allergologica alla mail radiologia@villagemma.it per la
valutazione della fattibilità dell'esame

Il paziente è stato reso edotto dei rischi inerenti l'indagine diagnostica richiesta con l'uso di mezzo di contrasto per via iniettiva (organo iodato/ 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 (iodato, paramagnetico, ecc), sulle possibili alternative clinico/diagnostiche e sulle possibili conseguenze in caso di rifiuto a sottopormi all'esame propostomi, avendo ottenuto chiarimenti esauritivi 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 _____