



MODELLO A - 001 - Consenso mezzo di contrasto

Valido per:

- **Urografia endovenosa**
- **TAC torace con m.d.c.**
- **TAC addome con m.d.c.**
- **tutte le prestazioni che usano mezzo di contrasto iodato.**

Il Sig 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:

- | | | |
|--|----|----|
| <input type="checkbox"/> 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 presso il quale verrà eseguito l'esame.

- | | | |
|---|----|----|
| <input type="checkbox"/> Forme di grave insufficienza cardio-vascolare | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Ipertiroidismo manifesto | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Fattori predisponenti l'insufficienza renale già noti (diabete, gotta, cirrosi epatica, uso di farmaci nefrotossici, precedente chirurgia renale, paraproteinemia, mieloma multiplo) | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Creatininemia | | |
| (indicare il valore dell'esame eseguito entro i 3 mesi precedenti la data di prenotazione dell'esame con MdC) | | |

ALLEGARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE 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 che mi è stato spiegato che l'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.

Data: _____

Firma del paziente _____

(genitore o tutore) _____

Preso atto e verificato direttamente dal paziente di quanto riportato e sottoscritto dal medico curante:

timbro e firma del Medico Radiologo _____