

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONTROINDICAZIONI PER ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZO DI CONTRASTO IODATO

In ottemperanza a quanto richiesto dal ministero della sanità circolare n.81 della Direzione Generale Servizio Farmaceutico n. 800, 24A.C./7007 del 09/09/1975 che precisa: "In ogni caso l'impiego del prodotto deve essere sempre preceduto da uno studio clinico e funzionale del paziente atto a evidenziare la possibile esistenza di disposizioni morbose che possono in qualche modo favorire l'insorgenza di inconvenienti del genere di quelli talora lamentati. In particolare, si dovranno ricercare eventuali disposizioni morbose relative a:

Comprovato rischio allergico	No ☐	Si ☐ se sì, specificare		
Pregresse reazioni al contrasto iodato	No ☐	Si ☐	Insufficienza renale	No ☐ Si ☐
Asma	No ☐	Si ☐	Insufficienza epatica	No ☐ Si ☐
Diabete	No ☐	Si ☐	Paraproteinemia di Waldestrom	No ☐ Si ☐
Ipertroidismo	No ☐	Si ☐	Mieloma	No ☐ Si ☐
Prende beta-bloccanti	No ☐	Si ☐	Cardiopatía clinicamente significativa	No ☐ Si ☐

ESAMI ESEGUITI PREVENTIVAMENTE. CREATININEMIA: Valore

SI DICHIARA CHE AI FINI DELL'IMPOSTAZIONE DIAGNOSTICA L'ESAME È NECESSARIO E INSOSTITUIBILE CON ALTRA INDAGINE.

Dati del Paziente

Cognome....._Nome..... Data di Nascita...../...../.....

Data/...../.....

Timbro e firma del Medico richiedente

A cura del medico Radiologo

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io Sottoscritto/a
 dettagliatamente informato/a, dal medico di reparto Dott.
 seguente esame:

dichiaro di essere stato/a
 sulla necessità di sottopormi al

TC ☐

RM ☐

Es. contrastografico ☐

Dichiaro inoltre di essere stato/a esaurientemente informato/a sulle finalità, modalità di svolgimento e sui rischi inerenti all'esame contrastografico cui debbo essere sottoposto/a nonché di escludere la possibilità di una gravidanza in atto.

AUTORIZZO I MEDICI RADIOLOGI DI CODESTO OSPEDALE ED I LORO COLLABORATORI AD INTERVENIRE, SENZA ULTERIORE MIO CONSENSO, PER RISOLVERE EVENTUALI COMPLICAZIONI INSORTE IN RAPPORTO ALLO SVOLGIMENTO DELL'INDAGINE

Data/...../.....

In Fede

.....

Timbro e firma del Medico Radiologo.....