

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

AL SERVIZIO DI RADIOLOGIA

In ottemperanza a quanto richiesto dal ministero della sanità circolare n.81 della Direzione Generale Servizio Farmaceutico n. 800, 2/A.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 paraproteinemia di Walderstorm, stati di insufficienza epatica, renale o cardiocircolatoria, mielosa, ipertricosi, ipersensibilità specifica allo iodio".

Comprovato rischio allergico	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	se <b>si</b> , specificare .....	
Pregresse reazioni al contrasto iodato	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Insufficienza renale	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Asma	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Insufficienza epatica	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Diabete	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Paraproteinemia di Waldestrom	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Iperitiroidismo	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Mieloma	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Prende $\beta$ bloccanti	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Cardiopatia clinicamente significativa	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

**ESAMI ESEGUITI PREVENTIVAMENTE. CREATININEMIA: Valore**.....

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

Data

Timbro e firma del Medico Richiedente

A cura del Medico Radiologo

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io Sottoscritto  dichiaro di essere stato/a dettagliatamente informato/a, dal medico di reparto Dott.

Sulla necessità di sottopormi al seguente esame:

 T.A.C. 

 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.
- 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**

In fede

Data