



Clinica La Vialarda
Istituto ad Alta Specializzazione

Per urografia endovenosa, TAC con m.d.c., TAC torace, TAC addome – escluso HRTC (Tac del torace ad alta risoluzione) – TAC addome e tutte le prestazioni che usano mezzo di contrasto iodato.

Il Sig/La Sig.ra _____ 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:

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 esecuzione dell'esame la segreteria del Servizio c/o il quale verrà eseguito l'esame

Forme di grave insufficienza cardio-vascolare SI NO

Ipertiroidismo manifesto SI NO

Fattori predisponenti l'insufficienza renale già noti (diabete, SI NO
gota, cirrosi epatica, uso di farmaci nefrotossici, precedente

chirurgia renale, paraproteinemia, mieloma multiplo)

chirurgia renale, paraproteinemia, mieloma multiplo)

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 (genitore o tutore)

paziente _____

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

timbro e firma del Medico Radiologo
