

**S.C. di Radiologia**

Direttore: Dr. Stefano Debernardi

Tel. 015-15154301

Email: stefano.debernardi@aslbi.piemonte.it

**PREPARAZIONE ALL'INDAGINE RADIOLOGICA TC CON MDC IODATO E CONSENSO INFORMATO**

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

affetto da \_\_\_\_\_

eseguirà \_\_\_\_\_

L'indagine è indicata ai fini diagnostici e per una corretta impostazione della Terapia.

In ottemperanza alla Nota del Ministero Sanita' del 17.09.97 sull'utilizzazione dei mezzi di contrasto è indispensabile essere informati sugli elementi anamnestici o clinici relativi a comprovato rischio allergico a:

- contrasti iodati:  Sì  No;
- a qualsiasi altra sostanza (specificare) \_\_\_\_\_

Se risultano segnalate allergie, contattare **almeno 3 giorni prima** della data di prenotazione la segreteria del Servizio c/o il quale verrà eseguito l'esame al seguente numero 01515154112.

- Forme di grave insufficienza cardio-vascolare :  Sì  No;
- paraproteinemia o mieloma multiplo:  Sì  No;
- fattori predisponenti l'insufficienza renale: (diabete, gotta, cirrosi epatica, uso di farmaci nefrotossici, precedente chirurgia renale:  Sì  No;
- Creatininemia(indicare il valore dell'esame eseguito entro 3 mesi precedenti la data di prenotazione dell'esame con MDC): \_\_\_\_\_

Ricordarsi di **allegare tutta la documentazione** (esami precedenti) **inerente alla 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 di aver correttamente inteso quanto illustrato nella scheda informativa e accetto di sottopormi all'esame con somministrazione di mezzo di contrasto. Mi è stato spiegato che tale 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.

Ponderano; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma dell'utente (genitore o tutore)  
\_\_\_\_\_

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

Timbro e firma del Medico Radiologo  
\_\_\_\_\_