

RICHIESTA DI ESAME CON MDC ORGANOIODATO PER VIA INIETTIVA

Cognome.....Nome.....

Nato/a il..... a.....

Reparto.....

Medico curante.....

Quesito clinico.....

Questionario compilato dal Medico richiedente

	Si	No
1. <i>Insufficienza renale grave (creatininemia > 3mgX100)</i>		
2. <i>Cardiopatía grave</i>		
3. <i>Allergia al M.d.C.¹</i>		
- <i>ponfi</i>		
- <i>ipotensione grave</i>		
- <i>laringospasmo</i>		
- <i>edema della glottide</i>		
4. <i>Altre allergie (se si specificare al punto 7)</i>		
5. <i>Sono stati effettuati altri esami con M.d.C.?</i>		
6. <i>ypatia monoclonale</i>		

7. *Allergie di altra natura* _____

LA POSITIVITA' DI TALI PARAMETRI NON CONTROINDICA L'ESAME E SERVE AL RADIOLOGO AL FINE DI ADOTTARE GLI OPPORTUNI PROVVEDIMENTI

Il Medico richiedente comunica al paziente che dovrà acconsentire per iscritto all'esecuzione dell'esame

.....
(Firma e timbro del medico curante/prescrivente)

Preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente, dei dati clinico-anamnestici raccolti dal Medico curante/prescrivente, del quesito diagnostico e dell'indagine proposta si ritiene

Di procedere/di non procedere all'esame.....con mdc.....

Di procedere ad ulteriori accertamenti.....

¹ Se "SI" descrivere l'episodio come richiesto di seguito ed eventualmente allegare relativa documentazione

Revisione	Verificato	Approvato
2		

CONSENSO INFORMATO INDAGINE CONTRASTOGRAFICA

Il sottoscritto Sig./ra dichiara di essere stato esaurientemente informato sulle finalità, modalità di svolgimento e sui rischi inerenti l'esame che possono essere classificati in:

Reazioni Lievi : stravasamento sottocutaneo di m.d.c., sudorazione, nausea, vomito, secchezza delle fauci, orticaria.

Reazioni Medie : dispnea, broncospasmo, crisi ipotensiva o ipertensiva, lipotimia, sincope vaso-vagale, bradicardia, crisi tachicardica o anginosa, convulsioni.

Reazioni Gravi : edema polmonare o della glottide, shock anafilattico, arresto cardio-respiratorio.

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità dello svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine..... il paziente, ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti, dichiara:

1. di acconsentire allo svolgimento dell'indagine.....
2. di non acconsentire allo svolgimento dell'indagine.....

firma del paziente o del titolare del consenso²

.....
(data)

.....
(firma del Medico Radiologo)

² La firma va apposta in presenza del Radiologo

Revisione	Verificato	Approvato
2		