



**MODULO RICHIESTA PER ESAME  
CON MDC NON IONICO PER VIA INIETTIVA  
TC- URO-TC-UROGRAFIA  
E CONSENSO INFORMATO**

P03.IO03.CS.RA.  
M04

Rev. 03 del 11-02-2017

pag. 1 di 2

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

Indagine richiesta \_\_\_\_\_

Quesito clinico \_\_\_\_\_

- **Per un corretto inquadramento preliminare clinico-anamnestico è indispensabile che il Medico richiedente segnali i dati relativi a:**

|   |    |   |    |
|---|----|---|----|
| Anamnesi per Mieloma  | SI |   | NO |
| Cardiopatie-Nefropatie ed Epatopatie gravi  | SI | Specificare   | NO |
| Trattamento con farmaci: beta-bloccanti, biguanidi e interleuchina 2                              | SI | Se si, non somministrare terapia il giorno dell'esame | NO |
| Assunzione di alcool, droghe  | SI | Specificare   | NO |
| ALLERGIE: da contatto e/o a pollini, ad alimenti, a farmaci<br>Precedenti reazioni avverse al mdc | SI | Specificare   | NO |

Nel caso in cui le note clinico-anamnestiche facciano sospettare o confermino la presenza di grave forma di insufficienza epatica o renale o cardio-vascolare o di paraproteinemia di Waldstrom o di mieloma multiplo, per definire il grado delle condizioni patologiche, è opportuno procedere a specifici accertamenti diagnostici ed alla consultazione preventiva con l'anestesista, secondo la circ. del M.d.S. del 17.9.1997.

- **Eseguire i seguenti esami di laboratorio:** Creatininemia \_\_\_\_\_  
Protidogramma elettrof. \_\_\_\_\_  
Proteinuria di Bence-Jones \_\_\_\_\_

**Nel caso di DIATESI ALLERGICA è necessario effettuare il trattamento desensibilizzante da richiedere al nostro servizio con lo schema posologico da seguire e/o la preventiva consultazione con l'anestesista nei casi a rischio.**

- **TRATTAMENTO ANTIALLERGICO (EFFETTUATO SI NO)**
- **PRESENTARSI IL GIORNO DELL'ESAME A DIGIUNO**

**Data**

**Firma del Medico Curante (CON TIMBRO)**

Preso atto dei dati clinico-anamnestici riferiti dal Medico Curante e assunti direttamente dal paziente, del quesito clinico e dell'indagine proposta si procede all'esecuzione dell'esame richiesto

**Cosenza lì**

**Il Medico Radiologo**

**NOTIZIE ANAMNESTICHE**

**Patologie e/o interventi pregressi** \_\_\_\_\_

**Patologia attuale** \_\_\_\_\_



## CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

P03.IO03.CS.RA.M04

Rev. 03 del 11-02-2017

pag. 2 di 2

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ dovrà sottoporsi all'esame diagnostico

TAC con M.D.C \_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA liberamente ed in piena coscienza:**

di essere stato informato dal DR. \_\_\_\_\_, dirigente medico dell' Unità Operativa di Radiologia dell'INRCA, dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario volontario cui intende sottoporsi:

- **SCOPO DEL TRATTAMENTO** (introduzione di mdc indispensabile per la visualizzazione di alcuni organi interni, necessaria per la diagnosi e la conseguente terapia);
- **RISCHI / INCONVENIENTI** (L'introduzione di mdc, in un modesto numero di casi, può provocare disturbi lievi, facilmente controllabili, quali sensazione di calore, nausea, vomito, orticaria. Molto raramente ed in maniera imprevedibile, può provocare disturbi più importanti quali difficoltà a respirare, palpitazioni e in casi rari il decesso).
- **BENEFICI PREVISTI;**
- **CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO;**
- **MODALITÀ DI INTERVENTO IN CASI DI EMERGENZA** (pronta disponibilità di un anestesista rianimatore per un più completo controllo di eventuali disturbi).
- **ALTERNATIVE POSSIBILI** a tale metodica;

### DICHIARA INOLTRE

- Che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto il **tempo necessario per decidere** (il modulo viene consegnato anticipatamente al momento della prenotazione) e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione al medico di fiducia;
- Che tutte le domande poste hanno avuto **risposta soddisfacente;**
- **DI POTER ESCLUDERE** un eventuale stato di gravidanza, **in caso di donna in età fertile.**

### FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- autorizza il **trattamento sanitario diagnostico** di cui alla premessa;
- dispone che, **in caso di incapacità ed impossibilità** da parte del sottoscritto, ogni eventuale comunicazione vada effettuata al Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_;

Cosenza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ paziente / tutore

### (Parte riservata al medico radiologo)

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa precedentemente consegnato ed ha espresso liberamente il suo consenso.

IL Medico Radiologo\* Dott. \_\_\_\_\_

\* Il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, dell'Unità Operativa e/o del Dipartimento e/o della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato

TIPOLOGIA DI MDC ..... QUANTITA' ..... VELOCITA' di INFUSIONE .....



**TRATTAMENTO DESENSIBILIZZANTE PER  
PAZIENTI ALLERGICI PER ESAMI  
CON M.D.C. non IONICO**

**P03.IO03.CS.RA.  
M05**

Rev. 01 del 01/10/2019

pag. 3 di 1

**1) MEDROL cpr. 16 mg**

*Una compressa ogni 12 ore, da iniziare la sera del terzo giorno precedente l'esame e l'ultima cpr. la mattina del giorno dell'esame. (in tutto sei cp.)*

**2) ZIRTEC cpr.10 mg**

*Prendere lo ZIRTEC nello stesso modo del MEDROL.*

**3) LUCEN 20 mg**

*1 cpr. la sera.*

Il Medico

Cosenza lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_